

ÉTUDE QUALITATIVE SUR LES FACTEURS DE RISQUES D'OBÉSITÉ INFANTILE; LE
RÔLE DES PERCEPTIONS, DES CONNAISSANCES ET DES ATTITUDES DES PARENTS
SUR L'ALIMENTATION, LE POIDS ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

par

Krystel Cimon-Lambert

Thèse présentée pour répondre
à l'une des exigences de la
Maîtrise ès arts (MA) en développement humain

École des études supérieures
Université Laurentienne
Sudbury (Ontario) Canada

© Krystel Cimon-Lambert, 2014

THESIS DEFENCE COMMITTEE/COMITÉ DE SOUTENANCE DE THÈSE

Laurentian Université/Université Laurentienne

School of Graduate Studies/École des études supérieures

Title of Thesis

Titre de la thèse

ÉTUDE QUALITATIVE SUR LES FACTEURS DE RISQUES D'OBÉSITÉ
INFANTILE; LE RÔLE DES PERCEPTIONS, DES CONNAISSANCES ET DES
ATTITUDES DES PARENTS SUR L'ALIMENTATION, LE POIDS ET
L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Name of Candidate

Nom du candidat

Cimon-Lambert, Krystel

Degree

Diplôme

Maîtrise ès arts

Department/Program

Département/Programme

Développement humain

Date of Defence

Date de la soutenance

24 octobre 2013

APPROVED/APPROUVÉ

Thesis Examiners/Examineurs de thèse:

Madame Line Tremblay

(Supervisor/Directrice de thèse)

Monsieur Michel Larivière

(Committee member/Membre du comité)

Monsieur Daniel Côté

(Committee member/Membre du comité)

Monsieur Jean-Philippe Chaput

(External Examiner/Examineur externe)

Approved for the School of Graduate Studies

Approuvé pour l'École des études supérieures

Dr. David Lesbarrères

M. David Lesbarrères

Director, School of Graduate Studies

Directeur, École des études supérieures

CLAUSE D'ACCESSIBILITÉ ET PERMISSION D'UTILISER DES DOCUMENTS

Je, **Krystel Cimon-Lambert**, accorde à l'Université Laurentienne et à ses agents l'autorisation non exclusive d'archiver ma thèse ou mon rapport de projet et d'en permettre l'accès, en tout ou en partie et dans toute forme de média, maintenant ou pour la durée de mon droit de propriété du droit d'auteur. Je conserve tous les autres droits de propriété du droit d'auteur de la thèse ou du rapport de projet. Je me réserve également le droit d'utiliser dans de futurs travaux (comme des articles ou des livres) l'ensemble ou des parties de ma thèse ou de mon rapport de projet. J'accepte en outre que la permission de reproduire cette thèse de quelque manière que ce soit, en tout ou en partie à des fins savantes, soit accordée par le ou les membres du corps professoral qui ont supervisé mes travaux de thèse ou, en leur absence, par le directeur ou la directrice de l'unité dans lequel mes travaux de thèse ont été effectués. Il est entendu que toute reproduction ou publication ou utilisation de cette thèse ou de parties de celles-ci à des fins lucratives ne doit pas être autorisée sans ma permission écrite. Il est également entendu que cette copie est présentée sous cette forme par l'autorité du titulaire du droit d'auteur uniquement pour fins d'études et de recherches particulières et ne doit pas être copiée ou reproduite sauf en conformité avec la législation sur le droit d'auteur sans l'autorisation écrite du titulaire du droit d'auteur.

Résumé

L'objectif de cette thèse était de déterminer les valeurs, les attitudes et les perceptions des mères francophones ayant des enfants d'âge préscolaire. En tout 11 mères ont été recrutées afin de participer à des groupes de discussions qui abordaient les thèmes de la problématique de l'obésité infantile, de l'image corporelle, de l'alimentation et de l'activité physique. Les résultats démontrent que les parents ont comme valeurs d'être en famille, de fournir une alimentation saine pour leur enfant et d'être de bons modèles d'habitudes de vie saines. Les mères de nos groupes avaient en général une très bonne connaissance de l'alimentation et des bienfaits de l'activité physique. Elles ont aussi fait preuve d'une grande sensibilité à l'égard de l'obésité et de l'image corporelle. Cette étude a aussi éclairci quelques perceptions parentales pouvant influencer des pratiques favorisant l'acquisition d'un surpoids chez les jeunes enfants (p. ex. : les enfants sont actifs naturellement). Les résultats de cette étude ont soulevé les valeurs et les perceptions des parents pour qu'elles servent de composantes centrales aux futurs programmes de prévention et d'intervention dans la problématique de l'obésité infantile.

Remerciements

J'aimerais remercier ma superviseure de thèse, Dr. Line Tremblay, pour son support constant à travers ce projet de thèse. J'ai atteint des sommets académiques que je ne croyais jamais pouvoir atteindre et j'ai découvert un tout différent monde professionnel. Elle a été une source d'inspiration et a toujours exigé le meilleur de moi-même.

Mes remerciements vont également aux membres de mon comité. J'aimerais remercier Dr. Daniel Côté pour sa vivacité et son enthousiasme envers la méthode qualitative des groupes de discussions. Vos suggestions m'ont beaucoup aidée et ce fut un plaisir que de travailler avec vous. J'aimerais aussi remercier Dr. Michel Larivière pour sa pensée critique et son attention particulière aux détails concernant ses recommandations pour ma thèse et l'article. Vous m'avez tous poussée à réussir et à viser au-delà des attentes. Je ne peux vous exprimer en quelques mots toute ma gratitude pour votre temps et votre aide.

De plus, j'aimerais aussi remercier ma famille : Sylvie, Claude, Jonathan et Vanessa; ainsi que mes amies : Nadia, Mikelle et Mélanie. À travers toutes les longues journées et nuits, vous m'avez appuyée du début jusqu'à la fin.

J'aimerais remercier l'aide financière du par le Consortium National de Formation en Santé (CNFS) et les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC). Je tiens finalement à souligner l'aide des parents qui ont pris le temps de participer à mon étude malgré leur horaire chargé; vous êtes extraordinaires! Sans vous, ce projet n'aurait jamais pu se concrétiser. Je vous en serai toujours reconnaissante.

Table des matières

Comité de soutenance de thèse	ii
Résumé.....	iii
Remerciements.....	iv
Table des matières.....	v
Liste de tableaux.....	vi
Liste des annexes.....	vii
 Introduction	
Problématique.....	1
Modèle Théorique – Style Parental Générale.....	7
Modèle Théorique – Style Parental Spécifique	8
Perceptions Parentales – Poids	10
Perceptions Parentales – Activité Physique	13
Perceptions Parentales – Alimentation	15
Perceptions Parentales – Image corporelle	17
Méthode qualitative	18
 Revue de la littérature	
Obésité	21
Image Corporelle	23
Alimentation	23
Activité Physique	24
Objectif	27
Hypothèse	27
 Méthode	
Participants	28
Développement du protocole.....	30
Procédure.....	31
Biais comme chercheures	33
 Article de recherche	
Résumé.....	36
Introduction.....	38
Méthode.....	42
Résultats.....	44
Discussion.....	53
Conclusion et recommandations.....	57
Références.....	59
 Discussion Générale.....	
Conclusions Générales.....	80
Références.....	87
Annexes.....	94

Liste des tableaux

Tableau 1. Description des thèmes et des sous-thèmes couverts dans les groupes de discussion.....	43
--	----

Liste des annexes

Annexe 1. Certificat d'approbation déontologique.....	94
Annexe 2. Résumé du projet et questions des groupes de discussions envoyés aux directrices des garderies.....	95
Annexe 3. Feuille de recrutement.....	100
Annexe 4. Procédure pour le groupe de discussion (verbatim).....	102
Annexe 5. Annonce publicitaire de l'étude dans le journal étudiant.....	104
Annexe 6. Questionnaire sociodémographique.....	105
Annexe 7. Résultats bruts des groupes de discussions par thèmes.....	107
Annexe 8. Descriptions de chaque sous-thème avec citations des participantes.....	132

Étude Qualitative sur les Facteurs de Risques d'Obésité Infantile; le Rôle des Perceptions, des Connaissances et des Attitudes des Parents sur l'Alimentation, le Poids et l'Activité Physique

Les taux d'embonpoint et d'obésité en Amérique du Nord ne font qu'augmenter depuis les dernières années pour les enfants et les adolescents (Katzmarzyk & Janssen, 2004; Ogden & Carroll, 2010; Robert, Shields, de Groh, Aziz, & Gilbert, 2012; Tremblay & Willms, 2000). Le fait que cette tendance se retrouve également chez les enfants de 2 à 5 ans redouble les inquiétudes (Timmons, Naylor, & Pfeiffer, 2007; Twells & Newhook, 2011).

Les taux d'embonpoint et d'obésité chez les enfants d'âge préscolaire sont similaires aux États-Unis et au Canada. Selon les données recueillies par le « National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2008 », le taux de surpoids et d'obésité définis par un indice de masse corporelle égal ou supérieur au 85^e centile, était de 27.7%; plus spécifiquement de 30.7% pour les garçons et de 24.3% pour les filles aux États-Unis (Ogden & Carroll, 2010). D'autre part, un recensement de l'Association Médicale Canadienne estime qu'environ 26% des enfants entre l'âge de 2 et 17 ans ont une surcharge pondérale ou sont obèses (Shields, 2004).

Les conséquences d'une surcharge pondérale chez les adultes sont relativement bien connues. En revanche, les répercussions sociales et les conséquences en matière de santé et développement physique qui atteignent les enfants préscolaires souffrant d'embonpoint sont moins connues. Selon une étude, les enfants souffrant d'embonpoint risquent une maladie cardiovasculaire; soit une pression artérielle élevée, soit un niveau de cholestérol élevé; tandis que ceux qui souffrent d'obésité risquent entre deux et trois maladies cardiovasculaires (Freedman, Mei, Srinivasan, Berenson, & Deitz, 2007). De plus, selon Must et Strauss (1999) les

enfants souffrant d'embonpoint peuvent avoir des problèmes orthopédiques (p. ex. : la maladie de Blount); neurologiques (pseudotumeur); pulmonaires (p. ex. : l'asthme et l'apnée du sommeil); gastroentérologiques (p. ex. : calcul biliaire, stéatohépatite); endocrines (résistance à l'insuline); et psychosociaux (faible estime de soi et de son image corporelle).

D'ailleurs, plusieurs études appuient ce dernier aspect. Les enfants souffrant d'embonpoint sont non seulement plus portés d'avoir une faible estime de soi et d'être victimes de moqueries, mais aussi d'avoir une qualité de vie dépréciée, selon la perception de leurs parents (Hughes, Farewell, & Reilly, 2007; Styles et al., 2007; Wang et al., 2009). L'étude de Hughes et ses collègues (2007) conclue à partir d'un échantillon clinique qu'envers la santé physique et psychosociale, ainsi que le fonctionnement émotionnel, social et scolaire, les parents d'enfants obèses indiquaient une qualité de vie pour leurs enfants inférieure à celle que rapportaient les parents d'enfants de poids santé.

L'obésité a tendance à persister tout au long de la vie. Ainsi, les enfants ayant une surcharge pondérale sont plus portés à avoir une surcharge de poids à l'âge adulte que les enfants de poids normaux (Deitz, 1998 ; Freedman et al., 2007; Must & Strauss, 1999). D'ailleurs, l'embonpoint à l'enfance se traduit par le développement de maladies chroniques à l'âge adulte telles que le diabète (Brown, 2004; Leibson, et al., 2001); quelques problèmes cardiovasculaires tels que l'hypertension, les attaques d'apoplexie et les coronaropathies (Brown, 2004); l'arthrite (Wilkins, 2003), ainsi que certains types de cancers associés aux hormones et au grand intestin (Brown, 2004). Les adultes obèses sont aussi victimes de stigmatisation et de discrimination dans les endroits d'importance de leur vie, tels que les soins de santé, l'éducation et l'emploi (Puhl & Brownell, 2001). En fait, selon une étude, les personnes obèses rapportaient plus de la

discrimination dans différents domaines de la vie que les personnes de taille normale (Carr & Friedman, 2005).

Les interventions qui ciblent la réduction de l'indice de masse corporelle (IMC) ont moins de succès à long-terme lorsque l'individu est reconnu comme ayant de l'embonpoint, et encore moins lorsqu'il souffre de maladies secondaires telles que le diabète de type 2 (Pinhas-Hamiel & Zietler, 2000). On suggère donc l'application d'intervention primaire pour la prévention de l'obésité et ses complications secondaires (Pinhas-Hamiel & Zietler, 2000). Nonobstant, la plupart des interventions s'appliquent trop tard dans le développement de l'enfance; c'est-à-dire des années après que les enfants ont identifié leurs préférences alimentaires (Birch, 1999) ainsi que leurs routines d'activités majoritairement sédentaires (Davidson & Birch, 2001). Il est ainsi difficile d'apprivoiser un style de vie sain qui réclame des aliments santé dans la diète et d'augmenter la dépense d'énergie chez les jeunes enfants. Le fait que les parents ne figurent pas comme composante « centrale » des programmes d'interventions pourrait aussi expliquer le fait qu'ils réussissent rarement à réduire l'IMC des enfants (Fitzgibbon et al., 2008; Reilly et al., 2006). Il s'agit d'une composante importante qui sera développée en profondeur dans ce document.

Il importe de mentionner que les coûts directs de services en santé tels que les soins hospitaliers; les services des médecins et autres professionnels de la santé; les médicaments et les coûts de recherche associées à l'obésité, étaient de 1.8 milliards de dollars en 1997 au Canada; soit 2.4% des dépenses totales des soins de santé du Canada (Birmingham, Muller, Palepu, Spinelli, & Anis, 1999). Une autre étude effectuée à ce sujet a déterminé qu'en 2001, les coûts directs et indirects (la production économique perdue en raison de maladie, l'incapacité de travailler en raison de blessures, ou un décès prématuré) associés à l'obésité étaient de 4.3

milliards de dollars; soit 2.2% des coûts totaux pour les soins de santé au Canada (Katzmarzyk & Janssen, 2004).

Ainsi, il semblerait que la meilleure stratégie serait d'intervenir aussitôt dans le développement des enfants (Canning et al., 2004; Hanley, Harris, Gittelsohn, Wolever, Saksvig, & Zinman, 2000; Tremblay, Rinaldi, Cimon-Lambert, & Larivière, 2012) afin d'éviter les problèmes de santé plus tard dans les vies individuelles et les coûts exorbitants du point de vue de l'économie nationale.

Les interventions préventives doivent prendre en considération les facteurs jouant un rôle dans le développement de l'embonpoint chez les enfants. Cependant, il n'y a pas une seule cause qui mène à l'obésité infantile. Selon une revue de la littérature effectuée par Visscher et ses collègues (2010), il y a plusieurs facteurs d'associés avec une surcharge pondérale :

1) Les facteurs démographiques comme l'âge (les taux augmentent avec l'âge); le sexe (les taux sont plus élevés en général chez les femmes) et l'ethnicité; 2) Le niveau d'éducation (les taux d'obésité sont plus élevés chez les adultes avec moins d'éducation); le revenu annuel (les taux sont plus élevés chez les adultes avec un revenu annuel bas); l'état civil (la prévalence augmente après le mariage); 3) Les facteurs biologiques.

Keith et ses collègues ont établi une liste de facteurs pouvant être associés à l'augmentation des taux de l'obésité : 1) Le manque de sommeil; 2) Les distributeurs endocrines (substances qui affectent le fonctionnement des endocrines); 3) Rester dans un endroit dont la température est toujours régulée sans variabilité; 4) Moins de personnes fument; 5) Certains produits pharmaceutiques augmentent le poids; 6) L'âge et l'ethnicité (certains groupes ethniques ont une plus haute prévalence d'embonpoint); 7) Les enfants ayant des parents plus

âgés ont tendance à avoir un surpoids; 8) Les changements environnementaux du passé (quelques générations précédentes) affectent les générations suivantes, le faible poids de naissance et la suralimentation de l'enfant tôt dans sa jeunesse contribuent à l'augmentation des taux d'obésité; 9) L'adiposité est une composante héréditaire et les personnes souffrant d'embonpoint semblent avoir plus d'enfants; et finalement 10) Les individus sont plus obèses qu'auparavant et les partenaires de vie sont plutôt choisis selon l'adiposité, ce qui augmente les taux d'obésité. Malgré le fait que les auteurs ne rapportent pas de facteurs « cause à effet », ils postulent qu'il y a suffisamment de preuves pour considérer ces facteurs comme étant liés à l'augmentation des taux d'obésité, du moins en rapport avec d'autres facteurs. (Keith et al., 2007). L'ensemble des facteurs mis en rapport pourrait éclaircir significativement l'explication des causes de l'embonpoint (Keith et al., 2007). En effet, l'interaction entre plusieurs facteurs en ce qui concerne le gain de poids est aussi appuyée par la recherche de Sharma et Padwal (2009). Cette recherche recommande de mettre l'accent sur les besoins énergétiques et le métabolisme de l'individu lors d'une intervention. Elle prime, de plus, le rôle de différents facteurs qui pourraient expliquer le déséquilibre d'énergie; soit le comportement lié à la consommation de nourriture et l'activité physique.

Malgré la diversité de ces facteurs, le déséquilibre entre le gain d'énergie par la consommation de nourriture riche en gras et la dépense d'énergie demeurent des raisons d'importance au premier plan pour l'acquisition d'embonpoint (Birch & Fisher, 1998; Harris, Kuramoto, Schulzer, & Retallack, 2009). Ce sont d'ailleurs les parents qui déterminent les préférences alimentaires (Birch, 1999) et le niveau d'activité physique de leurs enfants (Tremblay, Boudreau-Larivière, & Cimon-Lambert, 2012). Les recherches nous préviennent que la consommation de nourriture des enfants est influencée par les préférences alimentaires qui se

développent tôt en étant exposé aux différents types de nourriture de son environnement (Birch 1999; Birch & Fisher, 1998). La recherche montre également qu'il y a un lien entre le poids des parents et celui de leurs enfants (Birch & Fisher, 1998; Maynard et al., 2003). Il semble aussi que les enfants ont une préférence innée pour les aliments sucrés et salés, riche en énergie et gras, ainsi que faible en carbohydrates complexes (Birch, 1999). Cette étude postule néanmoins que les préférences alimentaires des enfants peuvent changer avec l'exposition et l'expérience avec la nourriture et l'alimentation (Birch, 1999). D'autre part, une étude auprès de jeunes écossais d'âge préscolaire nous présente une tendance inquiétante sur la deuxième composante liée à l'acquisition d'embonpoint. Selon Reilly et ses collègues (2004), les enfants ont plutôt tendance d'entreprendre des activités sédentaires que des activités physiques, et les taux de dépenses d'énergie totales sont significativement plus bas que la moyenne estimée requise par le Royaume-Uni (Reilly et al., 2004).

Ainsi, comme le démontre une revue de la littérature (Tremblay, Rinaldi, Cimon-Lambert et al., 2012), le manque de succès des interventions préventives de l'obésité infantile vient du fait qu'elles n'utilisent pas les parents comme facteur important dans la réduction de poids de leur enfant. Ceci en dépit des données qui indiquent que ce sont les parents qui sont responsables des habitudes alimentaires (Birch & Fisher, 1998) et du niveau d'activité physique de leur enfant (Tremblay, Boudeau-Larivière et al., 2012).

Ainsi, cette étude se concentre sur les parents comme agents principaux de changement en ce qui concerne la problématique de l'obésité infantile. Les sections qui suivent présenteront deux différentes théories qui tentent d'expliquer les stratégies qu'utilisent les parents dans le développement de leur enfant; soit le style parental général de Baumrind (1971) et le style parental spécifique selon le modèle théorique de Costanzo et Woody (1985). Après la dernière

théorie présentée, une revue de la littérature explorera les perceptions parentales selon les thèmes d'alimentation, d'activité physique, de poids et d'image corporelle au sujet d'enfants d'âge préscolaire. Une critique de la littérature antérieure sera présentée d'où découleront les hypothèses de cette étude. Par la suite, mon article de thèse en collaboration avec des professionnels dans le domaine de la santé présentera entre autres les résultats obtenus de cette étude. À la dernière partie de cette thèse je discuterai des résultats de cette étude en offrant des interprétations, je présenterai mes conclusions générales—lors desquelles je proposerai mes recommandations pour les recherches ultérieures.

Modèle Théorique - Style Parental Général

Les trois styles parentaux développés par Baumrind (1971) et plus tard modifiés par Maccoby et Martin (1983), en vue d'en ajouter un autre, sont expliqués par Rhee et ses collègues (2006) (Prit de Baumrind, 1971 et Maccoby & Martin, 1983).

Le premier est le style démocratique, souvent caractérisé comme étant le style parental idéal : le parent a des attentes élevées pour la maturité et la maîtrise de soi de son enfant, pourtant est aussi doté de sensibilité et de respect envers les opinions de ce dernier; conservant « des limites et des barrières claires » (Rhee et al., 2006). C'est d'ailleurs le style parental qu'on associe avec la plus basse prévalence d'obésité infantile (Rhee et al., 2006) . Le deuxième style parental est autoritaire : le parent emploie une discipline stricte et est moins sensible aux besoins développementaux de son enfant; offrant peu de soutien émotionnel (Rhee et al., 2006). En comparant les quatre styles, on associe ce deuxième style parental à une incidence plus élevée d'embonpoint (Rhee et al., 2006). Le troisième style parental est permissif : le parent est complaisant, fait des demandes modérées à son enfant qui, conséquemment, ne sont pas

renforcées par moyen de discipline (Rhee et al., 2006). Finalement, le quatrième style parental est négligeant : le parent n'offre guère de soutien émotionnel pour son enfant et n'établit pas de règlements (Rhee et al., 2006). Les deux derniers styles parentaux (« permissif » et « négligeant »), sont associés à une plus basse prévalence d'obésité que le style autoritaire, mais plus haut que le style démocratique (Rhee et al., 2006).

Modèle Théorique - Style Parental Spécifique au Domaine de Développement

Le modèle de Baumrind (1971), qui stipule que les pratiques parentales générales s'appliquent à tous les aspects du développement de l'enfant, tels que l'alimentation et l'éducation, produit des résultats généraux pour tous les domaines du développement de l'enfant. En revanche, le modèle de Costanzo et Woody (1985) postule que les pratiques et les stratégies parentales opèrent indépendamment au sein des domaines spécifiques du développement de leur enfant. Autrement dit, un parent pourrait exprimer un style parental autoritaire dans le domaine de l'éducation, et opter pour le style parental démocratique dans les autres aspects du développement de l'enfant.

Selon leur modèle, les valeurs des parents, souvent influencées par les normes sociales et culturelles, alimentent leur souci du développement de leur enfant. Ainsi, si les parents perçoivent que leur enfant ne suit pas son développement optimal, peu importe que leur inquiétude soit justifiée par des signes tangibles, les stratégies parentales seront davantage restrictives dans le domaine en question du développement. De plus, il se peut que les parents transmettent leur inquiétude à leur enfant. Ces stratégies occasionnent souvent des répercussions contraires à l'intention initiale, enfrenant plutôt le développement de l'enfant dans le domaine en question.

Costanzo et Woody (1985) illustre la validité de leur modèle à l'aide de la problématique de l'obésité infantile. Ces derniers proposent que les valeurs parentales (p. ex. : un poids santé) interagissent avec leurs inquiétudes que l'embonpoint ou l'obésité sera source de répercussions sociales envers leur enfant. Ceci n'étant pas forcément confirmé par des signes ou des symptômes manifestés par l'enfant.

Ce sont les parents qui déterminent la disponibilité et la familiarité de la nourriture, ainsi que les stratégies qui seront utilisées pour incorporer de bonnes habitudes alimentaires dans le régime des enfants (Birch & Fisher, 1998). Ayant acquis les messages d'une alimentation saine et que les préférences alimentaires des enfants sont souvent composées d'aliments sucrés, salés, et riches en gras et en énergie (Birch, 1999; Birch & Fisher, 1998), les parents ont tendance à vouloir modifier les préférences alimentaires de leurs enfants (Birch & Fisher, 1998). Ainsi, ils transmettent cette information en encourageant leur enfant à consommer de « bons aliments » et en utilisant des stratégies restrictives envers les « mauvais aliments » (Birch & Fisher, 1998).

Les préférences alimentaires des enfants sont effectivement modifiées par l'intervention des parents. Cependant les attentes parentales sont souvent contrariées; la restriction des aliments ne fait qu'augmenter la préférence pour les aliments interdits, d'où leur surconsommation (Birch & Fisher, 1998). Les effets des pratiques parentales restrictives de l'alimentation se répercutent jusqu'au niveau d'autorégulation de l'enfant. C'est-à-dire l'habileté de déterminer sa consommation de nourriture d'après ses signaux internes; ceci ayant des implications aux niveaux du poids et de la santé (Birch & Fisher, 1998; Birch et al., 2001). De sorte que les enfants sont plus portés à répondre aux signes externes, tels qu'un mets terminé, plutôt que leur signe interne de satiété (Birch & Fisher, 1998).

Une étude effectuée par Tremblay, Rinaldi, Lovsin et Zcecevic (2012) a observé la relation entre les perceptions et les pratiques parentales. Elles ont découvert que les parents capables de percevoir l'embonpoint de leur enfant utilisaient la restriction alimentaire comme stratégie parentale (Tremblay, Rinaldi, Lovsin, et al., 2012). En dépit du fait qu'il y avait plus de fausses perceptions de la part des parents d'enfants souffrant d'embonpoint, ceux étant capables de percevoir l'embonpoint rapportaient aussi l'utilisation de méthodes alimentaires restrictives (Tremblay, Rinaldi, Lovsin, et al., 2012). Ainsi, il semblerait que les parents ont tendance à appliquer des stratégies restrictives alimentaires envers leur enfant lorsqu'ils perçoivent une surcharge pondérale inquiétante pouvant encourir des problèmes de santé.

Notre étude s'intéresse aux perceptions des parents en ce qui concerne la problématique de l'obésité infantile et utilise la théorie de Costanzo et Woody (1985) comme modèle théorique. Tout comme le démontre cette théorie, les perceptions des parents influencent non seulement leurs stratégies alimentaires envers leurs enfants, mais aussi l'adhésion aux interventions pour réduire l'obésité infantile. Ainsi, en connaissant l'origine des fausses perceptions, les intervenants pourront mieux travailler avec les familles afin d'augmenter le succès des programmes d'interventions et diminuer les taux d'obésité infantile.

Perceptions Parentales :

Perceptions Parentales du Poids

Puisque les enfants sont continuellement en cours de développement nous utilisons des centiles spécifiques selon une courbe de croissance en fonction du sexe et l'âge de l'enfant afin de déterminer si le développement physique se situe dans la norme (Centre pour le Contrôle et la Prévention des maladies [CDC], 2012). Cet outil définit un risque d'embonpoint par un IMC au

85^e centile, l'embonpoint au 97^e centile, et l'obésité au 99.99^e centile (Marchand, 2010). Nous utilisons la définition d'embonpoint et d'obésité selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) puisque leur courbe de croissance représente la croissance optimale des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire selon des conditions idéales de pratiques nutritionnelles et de santé; dont l'allaitement de l'enfant pendant les six premiers mois (Marchand, 2010). Ces courbes sont donc considérées comme des normes de croissance dont l'utilisation est recommandée au Canada par les professionnels de santé, tels que les médecins de famille et les pédiatres (Marchand, 2010).

Plusieurs études ont démontré que les parents d'enfants d'âge préscolaire avec de l'embonpoint ont tendance à sous-estimer le poids de leur enfant (Jones et al., 2011; Maynard, Galuska, Blanck, & Serdula, 2003; Styles et al., 2007; Tremblay, Rinaldi, Loxton et al., 2012). En effet, malgré les taux élevés d'embonpoint et d'obésité infantile, qui sont estimés à 26% (Shields, 2004), un recensement de Statistique Canada annonce que seulement 9% des parents reconnaissent que leur enfant a une légère ou une importante surcharge de poids (Association Médical Canadienne, 2006). Selon les résultats d'une autre étude, les parents d'enfants de 2 ans préfèrent qu'ils suivent la courbe de croissance dans les plus hauts centiles, plutôt que les quartiles plus bas (Laraway, Birch, Shaffer, & Paul, 2010). Cette étude constate que 21.2% des parents avec un enfant ayant un poids situé dans le plus haut quartile, considéraient ce poids comme étant « trop élevé »; 65.7% des parents avec un enfant ayant un poids situé dans le plus haut quartile admettaient une préférence pour cette catégorie de poids pour leur enfant (Laraway et al., 2010). Il semble que les parents perçoivent défavorablement le développement de leur enfant dans les quartiles bas de la courbe de croissance; ils préférèrent que leurs enfants se situent parmi les centiles plus hauts.

Le manque d'exactitude des parents quant à l'estimation du poids de leur enfant pourrait expliquer le faible taux d'efficacité des programmes d'intervention (Maynard et al., 2003; Tremblay, Rinaldi, Cimon-Lambert et al., 2012). Si les parents ne perçoivent pas le poids malsain de leur enfant, ils seront moins portés à appliquer l'information des interventions, à modifier les types de nourritures disponibles à la maison et à encourager les activités physiques (Maynard et al., 2003). Cette erreur de perception peut provenir de plusieurs sources. Selon le biais de la motivation sociale, les parents refuseraient d'associer les étiquettes d'embonpoint et d'obésité à leur enfant, sachant que ces caractéristiques sont dédaignées par la société (Maynard et al., 2003; West et al., 2008). L'âge de l'enfant est un facteur démographique qui influence les perceptions erronées des parents (Maynard et al., 2003; West et al., 2008). Selon ces études, les parents de jeunes enfants ayant un surpoids font généralement plus d'erreurs en estimant le poids de leurs enfants; c'est-à-dire qu'ils sous-estiment le poids (Maynard et al., 2003). Dernièrement, les parents étaient plus disposés à identifier leurs filles comme ayant un surpoids que leurs garçons (Maynard et al., 2003). Selon une revue de la littérature, un autre facteur qui expliquerait les fausses perceptions des parents seraient l'accroissement des taux de surpoids et l'utilisation d'annonces publicitaires démontrant des individus d'une obésité atypique; ceci pourrait aussi modifier la définition du poids normal et de l'embonpoint (Tremblay, Rinaldi, Cimon-Lambert et al., 2012). Les hypothèses plausibles énumérées ci-dessus sont reprises dans les conclusions tirées des résultats de Laraway et ses collègues (2010); au fur et à mesure que le nombre d'enfants obèses augmente, le poids considéré « normal » est de plus en plus élevé.

Certaines études suggèrent que les parents qui peuvent estimer leur propre poids ainsi que celui de leur enfant avec précision, seront plus portés à considérer les suggestions des

interventions, étant à la fois engagés par leur propre poids et celui de leur enfant (West et al., 2008).

Perceptions Parentales de l'Activité Physique

L'activité physique se définit par les mouvements corporels effectués par les muscles squelettiques, d'où la dépense d'énergie (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). Selon les directives canadiennes en matière d'activité physique; les enfants entre l'âge de 1 à 4 ans devraient en principe accomplir 3 heures d'activités physiques par jour (Société Canadienne de Physiologie de l'Exercice [SCPE], 2012a). Ces activités comprennent les exemples suivants : tout ce qui demande à bouger, monter les escaliers et se déplacer dans la maison; jouer dehors; ramper; marcher rapidement; courir et/ou danser (SCPE, 2012a). La SCPE recommande une heure par jour d'activités physiques intense et énergétique telle que sauter et faire du vélo pour les enfants de 5 ans (SCPE, 2012a). Les bénéfices de l'activité physique chez les enfants d'âge préscolaire sont nombreux (SCPE, 2012a). Entre autres, le maintien d'un poids corporel santé (SCPE, 2010a; Tremblay, Boudreau-Larivière et al., 2012); l'amélioration de la motricité (SCPE, 2010a; Tremblay, Beaudreau-Larivière et al., 2012); la santé cardiaque (SCPE, 2010a); le fonctionnement cognitif (Tremblay, Boudreau-Larivière et al., 2012); le développement de la confiance en soi et l'ajustement socio-émotionnel (SCPE, 2012a).

Malgré cette information, seulement 9% de garçons et 4% de filles font une heure d'exercice par jour (d'intensité « modérée » à « vigoureuse ») (Colley, Garriguet, Janssen, Craig, Clarke, & Tremblay, 2011). De plus, les enfants canadiens passent en moyenne 8.6 heures par jour occupés à des activités sédentaires (Colley et al., 2011). Selon les recommandations de la SCPE (2012b), les enfants âgés de 1 à 4 ans devraient très rarement se livrer aux activités

sédentaires; c'est-à-dire, tout ce qui garde immobile pour plus qu'une heure par jour (p. ex. : la télévision).

Les parents perçoivent plusieurs caractéristiques multidimensionnelles qui influencent le niveau d'activité physique de leur enfant. Les facteurs individuels des enfants tels que la personnalité et les préférences d'activités (Hinkley et al., 2011; Irwin et al., 2005); la perception que les enfants de cet âge sont naturellement actifs (Hinkley et al., 2011; Lopez-Dicastillo, Grande, & Callery, 2010), et les problèmes de santé (Hinkley et al., 2011). De plus, les parents jugent que les filles ont moins besoin d'être actives physiquement que les garçons (Hinkley et al., 2011). Les parents percevaient aussi la nécessité de balancer les activités sédentaires avec ceux plus actifs (Hinkley et al., 2011). Dans l'étude de Hinkley et ses collègues (2011), les parents se croyaient responsables d'engager les enfants à des activités plus calmes lorsque ceux-ci revenaient à la maison en fin de journée. Les parents reconnaissaient cependant que leur participation augmenterait le niveau d'activité physique de leur enfant (Hinkley et al., 2011). Toutefois, cette perception n'était pas partagée par tous les parents de l'étude d'Irwin et ses collègues (2005); quelques-uns croyaient que l'encouragement sans la participation directe était suffisant. En effet, selon Zecevic et ses collègues (2010) les parents qui encouragent et participent aux activités physiques de leurs jeunes enfants, et qui perçoivent ces activités comme étant plaisantes, ont des enfants portés à se dédier au moins une heure par jour aux activités physiques. La présence des autres enfants, la participation aux activités structurées et non-structurées, sont des incitateurs de l'activité physique (Hinkley et al., 2011; Irwin et al., 2005). Les études ont aussi identifié quelques barrières de l'activité physique telles que l'âge, l'environnement parfois non-sécuritaire (tel que les individus qui conduisent mal, les

kidnappeurs, l'équipement dans les parcs), les saisons et la température (Hinkley et al., 2011; Irwin et al., 2005).

En ce qui concerne les activités sédentaires; une étude qualitative a déterminé que les parents n'étaient pas nécessairement inquiets du nombre d'heures que passaient les jeunes enfants devant la télévision, mais plutôt du contenu des émissions qu'ils regardaient (He, Irwin, Bouck, Tucker, & Pollet, 2005). En effet, selon une autre étude, les parents étaient conscients des effets néfastes de trop passer de temps devant la télévision, mais pourtant affirmaient que ceci ne s'appliquait pas à leurs enfants puisqu'ils ne consacraient pas trop de temps à cette activité (Zehle, Wen, Orr, & Rissel, 2007). Les parents ont identifié la télévision comme faisant partie des composantes d'éducation pour leur enfant, et aussi une forme de gardiennage (Zehle et al., 2007).

Perceptions Parentales de l'Alimentation

Une alimentation saine peut se définir comme étant : « constituée d'aliments diversifiés et donne priorité aux aliments de valeur nutritive élevée sur le plan de la fréquence et de la quantité » (Gouvernement du Québec, 2011). Selon le guide alimentaire canadien, un enfant d'âge préscolaire devrait consommer 4 portions de légumes et de fruits; 3 portions de produits céréaliers; 2 portions de lait et substitues; une portion de viandes et ses substitues, par jour (Santé Canada, 2011). Le guide fournit aussi quelques conseils pour les parents qui souhaitent assurer une bonne alimentation pour leurs enfants :

- 1) Il est important d'offrir une variété d'aliments nutritifs aux enfants, sans tenir compte de la quantité de lipides dans l'aliment.
- 2) Offrir de l'eau à boire pour étancher la soif au lieu du jus.

3) Laisser l'enfant déterminer la quantité de nourriture à consommer.

4) Modeler des habitudes alimentaires saines pour les enfants (Santé Canada, 2011).

Malgré les bienfaits pour la santé que peuvent avoir les programmes d'intervention, il y a néanmoins un faible taux de succès en ce qui concerne la réduction de l'indice de masse corporelle des enfants (Harris et al., 2009). Plusieurs études ont tenté d'éclaircir cette tendance, comme le démontre Cunningham-Sabo et ses collègues (2008). Les parents de cette étude qualitative, menée auprès des familles Navajo, décelaient quelques barrières quotidiennes qui empêchent l'application de l'information fournie par un programme d'éducation alimentaire (Cunningham-Sabo et al., 2008). Une barrière était le manque d'aliments frais, de santé, et abordables pour les familles (Cunningham-Sabo et al., 2008 ; Styles et al., 2007). C'est ainsi que les familles étaient contraintes à consommer au lieu des aliments malsains, tels que des boissons gazeuses et des croustilles, qui sont moins coûteux et toujours disponibles (Cunningham-Sabo et al., 2008).

Le manque de temps pour préparer les mets familiaux est une autre barrière à l'application d'une alimentation saine (Cunningham-Sabo et al., 2008). Ceci est un facteur d'importance puisque la préparation de mets à l'avance est associée à une plus grande consommation de fruits et de légumes (Boutelle et al., 2003). Les différentes préférences alimentaires des membres de la famille, ainsi que leurs habitudes quotidiennes, sont également considérées comme étant des barrières dans l'application de saines habitudes alimentaires (Cunningham-Sabo et al., 2008 ; Styles et al., 2007).

Pourtant, une autre étude qualitative démontre que les mères d'enfants âgés de 0 à 2 ans ne s'inquiétaient pas de suralimenter leur enfant; percevant même un gain de poids comme signe que leur enfant grandissait (Zehle et al., 2007).

Perceptions Parentales de l'Image Corporelle et Estime de Soi

Selon Thompson et Gray (1995), l'insatisfaction à l'égard de son image corporelle provient de la divergence entre la perception de sa figure corporelle et la figure corporelle désirée (Thompson & Gray, 1995). On mentionne aussi l'estime corporelle, qu'on définit comme les sentiments vécus par la personne par rapport à son apparence (Mendelson, Mendelson, & White, 2001). L'image corporelle a deux composantes : 1) l'aspect perceptuel qui a rapport à la représentation mentale de son corps et ses caractéristiques; 2) l'aspect attitudinal qui se réfère aux sentiments que nous avons par rapport à notre corps et à notre apparence (Gardner, 1996).

L'insatisfaction de l'image corporelle se manifeste chez les personnes de tout âge. Selon une revue de la littérature (Tremblay et Limbos, 2009), les enfants d'âge préscolaire, à l'instar des adultes, exprimaient de l'insatisfaction à l'égard de leur corps, adoptaient les stéréotypes sociaux des médias et idéalisaient la minceur de taille.

Wang et ses collègues (2009) relatent que les enfants avec de l'embonpoint sont souvent associés à une faible estime de soi. Les parents de l'étude de Styles et ses collègues (2007) ont admis que leurs enfants étaient souvent victimes de moqueries venant des élèves de l'école à cause de leur embonpoint. Malgré une banque modeste de recherches effectuées sur la perception des parents de l'image corporelle de leur enfant, il existe toujours une insuffisance d'études en ce qui concerne les enfants d'âge préscolaire. Une étude auprès de parents d'enfants en 6e et 7e années a déterminé que les pairs étaient un facteur de prime importance, ces derniers influençant l'attitude que les enfants entretiennent à l'égard de leur propre corps; le second facteur était l'influence parentale (Dunn, Kelsey, Matthews, & Sledge, 2004). La parenté et l'influence des magazines était le prochain facteur significatif (seulement selon les parents de filles) (Dunn et al., 2004).

Mise ensemble, la majorité des études portant sur les perceptions parentales se concentrent en grande partie sur les enfants d'âge scolaire. Tel que mentionné ci-dessus, nous savons que les interventions auprès de cette population ne rapportent pas beaucoup de succès, quant à la réduction de l'IMC (Harris et al., 2009), et qu'une intervention préventive auprès des enfants préscolaires serait peut-être plus fructueuse. Parmi les études axées sur les enfants d'âge préscolaire, rares sont ceux qui adressent directement les perceptions parentales vis-à-vis des thèmes de l'obésité. D'ailleurs, suite à nos recherches, aucune ne traiterait de l'image corporelle. Notre étude tente de soulever les perceptions parentales en ce qui concerne la problématique de l'obésité infantile et de l'image corporelle, mais également les thèmes de l'alimentation et de l'activité physique. Malgré les études effectuées à l'égard des perceptions des parents, nous ne connaissons pas encore la source de ces perceptions. Ainsi, notre étude se concentre sur les valeurs et les attitudes qui pourraient soutenir les perceptions parentales envers les thèmes concernant la santé de leur enfant préscolaire. Cet objectif est pertinent parce que la théorie de Costanzo et Woody (1985) démontre que les perceptions des parents ont tendance à déterminer les pratiques parentales dans le domaine spécifique du développement de l'enfant; ceci ayant souvent l'effet contraire d'augmenter l'IMC. Les résultats de cette étude pourront être revendiqués par d'autres chercheurs et pourront servir au développement de programmes d'interventions d'obésité infantile.

La Méthode Qualitative

Chaque méthode de recherche interpellée à répondre à une question de recherche apporte invariablement ses forces et ses faiblesses. Le choix de méthode dépend de la question de recherche et il incombe aux chercheurs de sélectionner la méthode de recueil de données qui répondra de manière appropriée à leur question de recherche et à leur hypothèse.

Les méthodes employées en recherche se divisent principalement en deux avenues différentes, soit la méthode quantitative et la méthode qualitative. Le principe qui sous-tend la méthode quantitative est la perspective que selon toute évidence le comportement humain est constant et peut être prédit (Anderson, 2006). Afin d'augmenter les connaissances du domaine, la méthode quantitative se fie aux principes tels que la mesure des variables à l'étude, la détermination cause à effet et la vérification de théories; les données qui en résultent étant rapportées sous forme statistique (Creswell, 2003). Pour atteindre son objectif, cette méthode utilise des instruments de recherche comme les échelles de réponse qui collectent des données dans le but de produire des résultats pouvant se généraliser à la population (Anderson, 2006).

Par comparaison, la méthode qualitative se base plutôt sur le principe que le comportement humain est « fluide, dynamique, situationnel, social, contextuel et personnel » (Anderson, 2006). Pour approfondir les connaissances du domaine en question, cette méthode utilise des techniques de recueil de données comme l'entrevue (Anderson, 2006). Ainsi les résultats de cette méthode sont particuliers (ne pouvant pas être généralisés à la population) et établissent les différentes perspectives des participants (Anderson, 2006). Les méthodes qualitatives sont employées lorsque le chercheur tend plutôt à explorer la question de recherche, à s'y renseigner davantage et à approfondir les connaissances du domaine (Morgan, 1998). Ainsi, la méthode qualitative se base sur la perspective qu'il y a diverses significations accordées aux expériences individuelles et se propose le but de relever des thèmes conformes aux données de l'étude (Creswell, 2003).

J'ai donc choisi d'utiliser la méthode qualitative puisqu'elle convient mieux à ma question de recherche. Je cherche à découvrir les attitudes, les valeurs, les croyances et les motifs qui sous-tendent les perceptions des mères d'enfants d'âge préscolaire en ce qui concerne les

thèmes de santé en alimentation et en activité physique; la problématique de l'obésité et l'image corporelle. Les données collectées grâce à la méthode qualitative permettent justement l'identification des normes et des attitudes des individus (Morgan, 1998).

En ce qui concerne mon choix particulier de méthode qualitative, soit celui des groupes de discussion, cette méthode sert à déterminer et comprendre les expériences et les croyances des participants de l'étude (Morgan, 1998). Cette méthode a été choisie suite aux comparaisons des différentes méthodes qualitatives, afin de déterminer laquelle répondrait mieux à ma question de recherche.

Ainsi, si nous comparons la méthode de groupe de discussion avec la méthode d'observation en milieu naturel, Morgan (1997) affirme que le choix de méthode dépend de la question de recherche et du type d'information désirée. Dans le cas de cette étude, les valeurs et les perceptions parentales sont des aspects non-observables et font partie des habitudes des parents, d'où la méthode d'observation en milieu naturel ne servirait pas (Morgan, 1997). D'autre part, malgré le fait que les entrevues individuelles offrent plus de contrôle au chercheur qui dirige l'entrevue—de sorte que plus d'information est divulguée par les participants—les entrevues de groupes permettent une comparaison directe et immédiate entre les différentes perspectives, opinions et expériences, que présentent les participants suite à leur interaction en groupe (Morgan, 1996, 1997).

En effet, la méthode qualitative est de plus en plus populaire en recherche vu ses utilités revendiquées dans le développement des programmes d'intervention (Morgan, 1996). C'est dans cette optique que nos résultats de recherche pourront informer les programmes d'interventions préventives auprès des enfants d'âge préscolaire. Les méthodes qualitatives telles que les

entrevues de groupes, rassemblent les individus ayant des caractéristiques similaires au thème à discuter (Gill, Stewart, Treasure, & Chadwick, 2008; Kitzinger, 1995; Krueger & Casey, 2009; Patton, 2002). Celles-ci ont comme objectif de déterminer les perceptions des participants sur un thème au sein d'un environnement ouvert et confortable (Krueger & Casey 2009); les participants pouvant discuter librement de leurs expériences (Kitzinger, 1995). L'interaction de groupe promeut une espèce de dynamique qui enrichie les discussions; ce faisant on explore les opinions et les perspectives qui conduisent parfois la recherche vers une avenue divergeant de celle prévue par le chercheur originalement (Gills et al., 2008; Kitzinger, 1995).

Revue de Littérature : les Études Qualitatives des Perceptions Parentales

Ce qui suit est un recensement des études qualitatives qui se sont intéressées aux perceptions parentales au sujet des thèmes de santé des jeunes enfants. Je présenterai les études récentes qui utilisent les méthodes qualitatives d'entrevues individuelles et de groupes de discussions pour déceler les perceptions parentales à l'égard de l'obésité infantile, de l'image corporelle, de l'alimentation et de l'activité physique.

Obésité

En ce qui concerne le thème de l'obésité, les études qualitatives recensées démontrent que les parents tendent à avoir de la difficulté à définir l'obésité infantile; ils utilisent plutôt des signes visuels ou une comparaison avec d'autres pour identifier un enfant avec de l'embonpoint ou obèse (Jones et al., 2011). Lorsque l'enfant a de la difficulté à s'engager dans des activités physiques ou à bouger en raison de son poids, on considère qu'il souffre d'une surcharge pondérale (Jones et al., 2011). Les parents affirmaient que la surcharge pondérale et l'obésité

n'étaient problématiques que lorsque l'enfant est plus âgé, cette supposition étant renforcée par le fait que les parents percevaient plus d'enfants âgés ayant une surcharge pondérale (Jones et al., 2011; Pocock, Trivedi, Wills, Bunn, & Magnusson, 2010). Une autre définition subjective de l'obésité s'étend jusqu'aux adultes. La définition de l'obésité chez les adultes est influencée par des facteurs esthétiques, sympathiques, ainsi que l'habileté à s'engager dans des activités physiques (Sirkorski et al., 2012).

Tandis que les parents reconnaissent que l'obésité est (ou sera) un problème du point de vue national, ils n'ont pas confiance en les statistiques présentées par les médias qui font la promotion de bonnes habitudes alimentaires; ces techniques, selon les parents, ont toujours tendance à exagérer le problème (Jones et al., 2011). De plus, les parents semblaient insinuer que l'obésité atteint les autres enfants, mais pas les leurs (Pocock et al., 2010).

Les parents sont plus disposés à s'inquiéter du surpoids des filles que des gars (Pocock et al., 2010). Cependant, les parents s'inquiètent beaucoup plus que leurs enfants aient une sous-charge pondérale qu'une surcharge pondérale (Pocock et al., 2010). Si les enfants dans la famille avaient des poids différents (Pocock et al., 2010) ou s'ils avaient des habitudes alimentaires différentes (Moore, Tapper, & Murphy, 2010), on considérerait cela comme étant problématique dans le contexte familial et pour les parents. Les parents percevaient plusieurs raisons responsables pour le poids de leur enfant tels que la famille, l'école et la garderie (Pocock et al., 2010). Malgré ceci, les parents perçoivent que les professionnels dans le domaine de la santé les blâmaient pour la surcharge pondérale de leur enfant (Pocock et al., 2010).

L'Image Corporelle

En ce qui concerne l'image corporelle, aucune étude qualitative n'aborda le sujet directement; plutôt avons-nous quelques commentaires qu'on fait les parents souvent en conséquence d'un autre thème discuté, comme dans la revue systématique de Pocock et ses collègues (2010). Ainsi, il semblerait que les parents hésitent d'aborder le sujet de l'embonpoint avec leur enfant, s'il n'y a pas de problème—pour éviter d'influencer leur estime de soi (Jones et al., 2011; Pocock et al., 2010); le développement de troubles alimentaires (Pocock et al., 2010) ou le développement d'une sous-charge pondérale (Jones et al., 2011). Les parents affirment qu'au lieu de primer le poids de leur enfant, ils préfèrent se concentrer sur la question de la santé, des habitudes alimentaires saines, ainsi que des habiletés d'activités physiques (Jones et al., 2011). D'autre part, les parents s'inquiétaient qu'une surcharge pondérale chez leur enfant pourrait avoir des effets au détriment de leur estime de soi (Pocock et al., 2010).

Alimentation

Comme critères d'une bonne alimentation les parents notent les préférences alimentaires de leurs enfants et l'importance de fournir une diète équilibrée (Moore et al., 2010). Les parents insistaient qu'il était important et même source de fierté, que leurs enfants mangent de la nourriture (Lopez-Dicastillo, Grande, & Callery, 2010; Moore et al., 2010; Pocock et al., 2010); d'où les parents avouaient s'inquiéter lorsque leurs enfants mangeaient plus rarement ou pas du tout (Lopez-Dicastillo et al., 2010; Moore et al., 2010).

Néanmoins, en ce qui concerne les préférences alimentaires, les enfants qui n'aiment pas les nouveaux aliments (Pocock et al., 2010), ainsi que les enfants difficiles avec la nourriture (Lopez-Dicastillo et al., 2010; Pocock et al., 2010), étaient perçus par les parents comme étant

des barrières à l'alimentation saine. Les parents caractérisaient leur enfant comme étant un « bon » mangeur s'il n'y avait pas beaucoup de conflits lors des repas et qu'il était complaisant avec les stratégies alimentaires que proposaient les parents (Moore et al., 2010). Si le contraire se produisait, l'enfant était caractérisé « mauvais » mangeur (Moore et al., 2010). D'autres barrières à une alimentation saine est la motivation, le fait que les parents manquent de temps pour préparer des mets santé et les aliments sont trop chers (Pocock et al., 2010).

D'autre part, les parents ont identifié quelques stratégies alimentaires. Les parents distinguent entre les aliments « bons » pour la santé et les « mauvais » aliments (Lopez-Dicastillo et al., 2010). La nourriture est utilisée pour manipuler ou contrôler le comportement de l'enfant et comme récompense (Moore et al., 2010; Pocock et al., 2009). De plus, les parents utilisent des stratégies alimentaires restrictives et exposent de manière répétitive des nouveaux aliments dans l'environnement des enfants (Moore et al., 2010)

Les parents admettent que leur rôle parental est d'éduquer leur enfant au sujet des valeurs, des règles et des habiletés de maîtrise de soi (Lopez-Dicastillo et al., 2010) ainsi que de modeler les bonnes habitudes alimentaires et d'activité physique (Moore et al., 2010; Pocock et al., 2010). Selon les parents, l'alimentation santé de leur enfant semblait être plus importante que l'activité physique (Pocock et al., 2010).

Activité Physique

Les parents définissaient l'activité physique comme étant n'importe quoi qui fait bouger l'enfant; soit des activités organisées telles que les cours de gymnastiques, ou libres telles que fréquenter les parcs (Lopez-Dicastillo et al., 2010). Les parents déclarent aussi que les enfants étaient assez actifs naturellement (Lopez-Dicastillo et al., 2010).

Quelques parents croyaient que la télévision pouvait avoir des bénéfices quant au contenu de certaines émissions qui pouvait être éducationnel et même pouvait promouvoir l'activité physique si les enfants dansaient aux programmes (Pocock et al., 2010). D'ailleurs, les parents avouaient que la télévision agissait aussi comme gardienne pour les enfants (Pocock et al., 2010).

Les parents ont identifié quelques barrières à l'exercice telles que la préférence des activités sédentaires de leurs enfants, et le manque de temps et de motivation pour encourager leur enfant à faire de l'activité physique (Pocock et al., 2010). De plus, les parents insistent sur le manque d'équipement local (p. ex. : ballons et glissoires) et le manque d'activités organisées pour les enfants préscolaires (Pocock et al., 2010). On se soucie de la sécurité de l'équipement extérieur et autres facteurs externes dans l'environnement tels que les étrangers et la mauvaise température (Pocock et al., 2010). Les parents ont aussi affirmé que les activités physiques vigoureuses n'étaient pas pour les filles (Pocock et al., 2010).

Le recensement de ces études présente la richesse des diverses perspectives parentales. Les études démontrent le lien entre les perspectives, et les stratégies parentales qui en découlent. Cependant, l'origine de ces perceptions est moins claire. C'est par la présente étude que je souhaite combler ce manque de connaissances. Si nous parvenons à mieux comprendre ce qui sous-tend les perceptions parentales qui influencent les stratégies parentales, nous pourrions développer des programmes effectifs d'interventions d'obésité infantile. Les suggestions seront mieux adaptées aux besoins des parents. De plus, selon mes connaissances, il n'y a aucune étude qui s'est intéressée aux perceptions parentales de l'image corporelle de leur enfant. Les études de Pocock et ses collègues (2010), ainsi que Jones et ses collègues (2011), démontrent que les parents s'abstiennent souvent d'aborder le sujet de l'obésité avec leur enfant puisqu'ils s'inquiètent des répercussions que cela pourrait avoir à l'égard de l'estime de soi et aussi dans le

développement de troubles alimentaires. Ainsi, si nous ignorons l'apport des perceptions et des valeurs parentales dans ce domaine, nous risquons de constituer indirectement une autre barrière quant à l'application de l'information que fournissent les programmes d'interventions.

Pour atteindre l'objectif de connaître l'origine des perceptions parentales, je me suis servie de la méthode des études qualitatives mentionnées ci-dessus. Ainsi, j'ai utilisé une analyse thématique comme l'ont fait ces études et je me suis référée à leurs critères d'analyses (voir Jones et al., 2011; Moore et al., 2010; Pocock et al., 2010; Sikorski et al., 2012). Ainsi, ma superviseure et moi avons accompli l'analyse des discussions des parents séparément, et avons ressorti des thèmes. Nous consentions par discussion lorsque nous avions des thèmes différents.

Mon étude diffère aussi des autres puisque j'ai utilisé le model de Costanzo et Woody (1985) comme guide pour l'analyse des thèmes. Ainsi, lorsque j'ai analysé les données brutes, je cherchais les valeurs, attitudes, croyance, les perceptions et les stratégies parentales que partageaient mes participantes. Pour déterminer ces concepts lors de l'analyse, je me suis basé sur les définitions suivantes :

Les valeurs peuvent être définies comme : « Des buts désirables au-delà d'une situation, qui varient dans leurs niveaux d'importance, et sont des principes qui guident la vie d'une personne ou autres entités sociales. » (Schartz, 1994, p.21). De plus, une attitude est caractérisée par: « Un sentiment et une croyance prédisposant quelqu'un à répondre d'une façon particulière à des objets, des personnes, ou des événements. » (Myers, 1997). Le terme croyance peut être défini comme l'état mental de prendre une position ou une attitude envers une proposition que l'individu juge comme étant vrai (Schwitzgebel, 2011). Finalement, les perceptions des parents se définissent comme un: « Ensemble des mécanismes et des processus par lesquelles

l'organisme prend connaissance du monde et de son environnement sur la base des informations élaborées par ses sens. » (Larousse, 2008).

Ainsi, le modèle théorique de Costanzo et Woody (1985) m'a permis de déterminer les valeurs, les attitudes et les motifs qui sous-tendent les perceptions parentales et influencent par conséquent leurs stratégies.

Objectif

Par conséquent, tel que cité, l'objectif de cette recherche est de connaître les perceptions, les attitudes et les valeurs des mères d'enfants d'âge préscolaire en ce qui concerne la problématique de l'obésité ; notamment les aspects liés à l'alimentation, l'image corporelle et l'activité physique. L'approbation éthique de l'Université Laurentienne se retrouve à l'annexe 1.

Hypothèse de recherche

Selon la revue de la littérature citée ci-dessus, plus particulièrement l'étude de Costanzo et Woody (1985), je m'attends à ce que les mères de mon étude valorisent un développement optimal pour leur enfant, c'est-à-dire un poids situé dans la moyenne, ainsi qu'une alimentation saine. Je m'attends à ce que l'activité physique ait peu d'importance pour les parents. J'anticipe que les parents croiront que leur enfant est suffisamment actif et estimeront que les enfants d'âge préscolaire ne peuvent pas être obèses. Je m'attends à ce que les parents discutent et décrivent ce qu'ils perçoivent comme une déviation de leurs valeurs. Ainsi, je m'attends à ce que les parents ne s'inquiètent pas du poids de leur enfant ni de leur image corporelle. J'anticipe que les mères percevront une déviation de la consommation d'aliments sains chez leur enfant. En accord avec le modèle de Costanzo et Woody (1995), je prévois que les mères discuteront de stratégies restrictives, par exemple le contrôle du montant et du type d'aliments consommés, afin de

rééquilibrer leur perception du développement optimal de l'enfant. J'anticipe que ces stratégies parentales demeureront dans le domaine en question, c'est-à-dire ne se transféreront pas aux autres domaines du développement de l'enfant (p. ex : l'éducation).

Méthode

Participants

Plusieurs méthodes ont été utilisées afin de recruter les participantes de mon étude. On a annoncé l'étude dans le journal étudiant de l'Université Laurentienne à Sudbury; des communications ont été envoyées aux garderies et j'ai eu recours à la méthode *boule de neige*.

Plus précisément j'ai communiqué aux professeurs du Département de psychologie à l'Université Laurentienne mon projet de thèse, en leur demandant la permission de faire l'annonce de mon étude dans leur salle de classe. Le but était de recruter des parents intéressés et de demander aux élèves de transmettre l'information à des parents qui voudraient participer à l'étude. De plus, j'ai sollicité l'aide de mes collègues et amies, espérant qu'elles connaissaient des mères francophones, avec un enfant préscolaire, qui seraient intéressées à participer aux groupes de discussions.

De plus, j'ai communiqué avec les garderies francophones qui accueilleraient les enfants d'âge préscolaire (2 à 5 ans) dans la ville de Sudbury, Ontario, par courriel et par téléphone. En principe ces communications tentaient recevoir la permission de distribuer une page d'information qui invitait les parents, correspondant aux critères de l'étude (francophone et parents d'un enfant d'âge préscolaire), à prendre part à mon étude. Cette méthode n'a pas été fructueuse en raison d'une autre étude qui se menait déjà en même temps. Naturellement, les directrices des garderies se souciaient d'épuiser la sollicitation des parents et possiblement de

déranger l'autre étude en cours. Cependant, suivant la suggestion d'une directrice des garderies, j'ai contacté un centre public établi pour accueillir et divertir les enfants d'âge préscolaire et leurs parents. Lors de nos deux visites, une assistante de recherche et moi avons sollicité la participation des mères. Nous avons présenté un aperçu de notre étude aux mères et décrit ce qu'exigeait leur rôle de participante, si elles choisissaient de participer. Les mères intéressées inscrivaient leur nom, numéro de téléphone/courriel électronique, et cochaient leurs disponibilités (journées et heures) durant les prochaines semaines pour participer aux groupes. Nous avons encouragé ces dernières d'apporter leurs amies ou leur parenté qui répondaient aussi aux critères de participation. Une mère rapportait même avoir fait la promotion de l'étude en utilisant un réseau social internet. Les mères intéressées ont été contactées afin d'organiser les temps convenables pour mener les sessions de groupe. Chaque groupe de discussion abordait un thème spécifique. L'ordre des groupes était déjà préétabli et les mères étaient libres de choisir le ou les groupes qui les intéressaient. Il a fallu regrouper les mères dans une salle réservée à l'Université Laurentienne pour les groupes de discussions. Lors des sollicitations pour la participation de parents, nous avons inclus les pères d'enfant préscolaire en vue de comparer les résultats des groupes de pères avec les groupes de mères. Cependant, seules les mères ont manifesté leurs intérêts et étaient présentes au centre *Meilleur Départ*.

L'échantillon est composé de 11 mères recrutées pour participer à des groupes de discussion. L'âge moyen des participantes est de 27 ans (ET= 2.19) et la majorité des mères avait deux enfants. En ce qui concerne le niveau de scolarité des participantes : deux mères avaient un diplôme secondaire; trois avaient un diplôme collégial; deux avaient un baccalauréat; deux avaient une maîtrise et deux participantes achevaient leurs doctorats. Toutes les mères qui ont

participé à cette étude vivaient dans le nord de l'Ontario, au Canada. Cette étude a reçu l'approbation éthique de l'Université Laurentienne.

Développement du Protocole de Collecte de Données

Les trois groupes de discussions menés à l'Université Laurentienne (Sudbury, Ontario) ont été coordonnés selon les quatre thèmes suivants : l'obésité, l'image corporelle, l'alimentation et l'activité physique. Ces thèmes ont été développés par le biais d'une revue exhaustive de la littérature (voir Tremblay, Rinaldi, Cimon-Lambert, et al., 2012). Un remue-méninge avec ma superviseure et une assistante de recherche, a permis le développement des questions par thème. Nous avons aussi consulté des professionnels du domaine de la santé (psychologue, travailleur social, nutritionniste). De cet exercice nous avons une gamme de questions ressorties par thème qui ont dû être organisées en sous-thèmes. Nous avons choisi les questions en se fiant à la littérature, pour qu'elles représentent et soient composées des aspects clés des thèmes.

Les sous-thèmes proposés pour le groupe de l'alimentation étaient les suivants : *Les comportements alimentaires lors des repas; La nourriture; Les distractions et Les particularités existantes entre les différents membres de la famille lors des repas.*

Le groupe de discussion pour l'activité physique avait comme sous-thèmes : *Définir être actif physiquement; Comment augmenter le montant d'activité physique; L'activité physique au cœur de la famille et de l'école; Le rôle de l'activité physique pour la santé.*

Pour le groupe de l'image corporelle, les sous-thèmes décelés étaient : *Définir la confiance en soi et l'image corporelle; Discuter des préoccupations de poids et des diètes; Définir les différences préexistantes entre les enfants et les parents en ce qui concerne la confiance de soi, le poids et l'image corporelle.*

Finalement, le groupe de discussion consacré au thème de l'obésité a discuté des sous-thèmes suivants : *Définir et décrire l'obésité chez les enfants et les adultes; Perceptions du développement de l'obésité; Suggestions pour répondre à l'obésité infantile.*

Chaque sous-thème était composé de questions qui faciliteraient les interactions de groupe et ramèneraient les discussions sur la droite piste si elles s'écartaient du sujet.

Procédure

Avant de recruter les parents pour les groupes de discussions, j'ai pu mettre à l'œuvre avec ma superviseure et l'assistante de recherche mes stratégies de discussions lors de deux « groupes pratiques ». Le premier groupe aborda les thèmes de l'alimentation et de l'activité physique, tandis que le deuxième groupe se concentra sur la problématique de l'obésité infantile et l'image corporelle. Les groupes pratiques étaient composés d'amies et de collègues de travail. Toutes les participantes étaient des femmes âgées entre 21 et 27ans.

Cet exercice nous a accoutumé à la procédure adaptée aux groupes de discussions; c'est-à-dire, la manière de soutenir le sens des discussions en guidant légèrement lorsqu'elles s'écartent du sujet ou du thème.

Les groupes de discussion pour cette étude composés des mères que nous avons recrutées, ont été menés par moi-même, ma superviseure de thèse (une psychologue clinicienne) responsable financièrement pour ce projet, et une assistante de recherche en psychologie. Le premier groupe de discussion aborda les thèmes de l'obésité et de l'image corporelle; la durée de ce groupe était de quatre heures. Les deux prochains groupes de l'alimentation et de l'activité physique ont chacun durés deux heures. Pour chaque groupe, trois à six mères étaient présentes.

Un service de garde était aussi offert sans frais aux participantes par une éducatrice. Cette initiative a été proposée afin de rassembler le plus de participantes possible, sans quoi elles n'auraient pas pu se présenter. Les enfants se retrouvaient dans une salle appart, pas trop éloignée; des rafraichissements et un petit goûter de fruits et de légumes étaient servis aux mères et aux enfants.

Au début de la session de discussion, on distribuait un calepin aux mères au cas où elles préféreraient écrire leurs commentaires avant de les partager oralement avec le groupe. Les chercheuses ont avisé les participantes de ne pas écrire leur nom sur les calepins puisqu'ils seront recueillis après la session pour les analyses de cette étude. Ainsi l'anonymat des participantes a été préservé.

Lors du groupe de discussion, selon le thème santé abordé, j'introduisais à l'aide d'une question générale. Des sous-questions étaient présentées immédiatement après la question de départ si elle n'était pas claire, ou pour faire suite à une première série de discussions si on avait l'impression que certains concepts du thème n'avaient pas été abordés. Ainsi, suite à une première question; les participantes songeaient pendant quelques minutes à leurs expériences personnelles, toujours par rapport à leurs enfants d'âge préscolaire, et si elles le désiraient elles pouvaient transcrire leurs idées sur leur calepin. Ensuite, la chercheuse qui dirigeait les discussions sélectionnait une mère de manière aléatoire pour partager une idée avec le groupe. Après un premier tour de table, on répétait le procédé jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de réponses de la part des parents. Chaque groupe de discussion était dirigé par la première auteure et les discussions étaient facilitées par la psychologue clinicienne. Les commentaires étaient documentés par l'assistante de recherche sur un fichier Word au fur et à mesure qu'une expérience familiale était partagée. Chaque idée était ensuite projetée sur un écran pour que les

parents puissent la visionner au cours de la session. Durant les discussions entre mères, les chercheuses devaient parfois reformuler les commentaires pour s'assurer qu'ils étaient bien compris par le groupe. Ceci, bien entendu, en vue de promouvoir les discussions.

Suite au partage d'idées et à l'épuisement du thème, une discussion s'entamait à propos des idées émises par les participantes. Ce retour se déroulait jusqu'à temps que personne n'ait plus rien à partager. On demandait ensuite aux mères de regrouper les commentaires représentés à l'écran d'après leurs similitudes, afin de réduire cette longue liste en quelques sous-thèmes clés. On consentait en outre à classifier en ordre d'importance les idées. Les participantes ont conçu un système de pointage pour déterminer quels sous-thèmes se retrouvaient dans quels ordres d'importance. Les participantes dirigeaient ces exercices indépendamment; les chercheuses n'intervenaient que rarement afin de saisir absolument la perspective des mères.

Biais Comme Chercheuses

Il importe de rappeler que les chercheuses de l'étude peuvent involontairement influencer la participation des mères et leurs discours; c'est-à-dire, ce qu'elles décident de partager et la manière dont elles présentent leurs idées. À part moi-même, deux autres chercheuses étaient présentes durant les groupes de discussion; l'assistante de recherche et ma superviseure de thèse. Nous avons, toutes les trois, un indice de masse corporelle qui se situe dans la norme. Il faut prendre en considération que les participantes de l'étude avaient des IMC variant; quelques-unes présentaient une insuffisance pondérale et d'autres avaient une surcharge pondérale ou étaient obèses. Ainsi, les participantes auraient pu être moins portées à partager des expériences ou des opinions au sujet des thèmes sensibles tels que l'obésité et l'image corporelle.

Le simple fait d'être chercheur présente un biais qui peut influencer le groupe; les mères peuvent hésiter à partager leurs attitudes et leurs croyances vis-à-vis d'une personne considérée «

expert » dans son domaine. Néanmoins, les participantes étaient nouées d'amitié lors des discussions, les communications étaient fluides et les mères étaient toujours engagées dans les conversations. Bref, si l'influence des chercheuses était présente, elle ne semblait pas nuire à la qualité ni à la quantité des discours.

Perceptions, attitudes et connaissances des parents d'enfant d'âge préscolaire au sujet de l'alimentation, de la santé, de l'obésité et de l'activité physique; une approche qualitative.

Krystel Cimon-Lambert, B.A., candidate à la maîtrise.¹

Line Tremblay, Ph.D., C.Psych²

Daniel Côté, Ph.D., RSW³

Michel Larivière, PhD., C.Psych²

Stacey Kosmerly, B.A., candidate à la maîtrise⁴

Article soumis pour publication aux Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale

Note de l'auteure

1. École de santé dans les milieux ruraux et du nord, Université Laurentienne
2. École des sciences de l'activité physique et école de médecine du nord de l'Ontario, Université Laurentienne;
3. École de Service Social, Université Laurentienne;
4. Département de Psychologie, Université Laurentienne.

Ce projet a été réalisé par une subvention accordée à Line Tremblay par le Consortium National de Formation en Santé (CNFS) et une bourse d'études accordée à Krystel Cimon-Lambert par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC). Les opinions

exprimées dans cet article ne sont pas nécessairement celles des institutions mentionnées ci-haut.

Toute correspondance concernant cet article peut être adressée à Dr. Line Tremblay, École des sciences de l'activité physique, Université Laurentienne, Sudbury, Ontario, Canada, P3E 2C6. Courriel électronique : ltremblay@laurentian.ca

Résumé

L'objectif de cette étude était de décrire les valeurs, les perceptions, et les attitudes des mères d'enfants d'âge préscolaire à propos de la santé, de l'obésité, de l'image corporelle, de l'alimentation et de l'activité physique. Un échantillon de 11 mères vivant dans le nord de l'Ontario (Canada) a été recruté pour participer à des groupes de discussion. Les résultats indiquent que les mères partagent les valeurs suivantes: *être une bonne mère, passer du temps avec son enfant, avoir des activités en famille pour se détendre, être en santé, bien s'alimenter, et avoir confiance en soi*. Les mères ont montré de bonnes connaissances et des attitudes positives face à un régime alimentaire sain. Leur discours indique qu'elles s'attribuent une très grande responsabilité face au poids de leur enfant en s'estimant seules responsables de bien l'alimenter. En revanche, les mères ne se sentent pas interpellées par l'importance pour des parents d'encourager leur enfant à être physiquement actif mais admettent qu'il est important de faire de l'exercice. Le discours des participantes sur l'activité physique est également ambivalent, marqué à la fois par des attitudes positives et négatives. Nous concluons cette étude par des recommandations pour les recherches futures et suggérons aux intervenants des pistes

Titre abrégé : L'OBÉSITÉ INFANTILE ET LES PERCEPTIONS PARENTALES

pour améliorer l'efficacité des programmes d'intervention préventive de l'obésité auprès des enfants d'âge préscolaire en adressant les perceptions, les pratiques et les valeurs parentales.

Mots-clés : parents, enfants, obésité, alimentation, activité physique, méthode qualitative

Perceptions, attitudes et connaissances des parents d'enfant d'âge préscolaire au sujet de l'alimentation, de la santé, de l'obésité et de l'activité physique; une approche qualitative.

En Amérique du Nord, l'embonpoint et l'obésité affectent de 14% à 31% des enfants et des adolescents (M.S. Tremblay, Shields, Laviolette, Craig, Janssen, & Gorber 2010). On estime à environ 11% la proportion d'enfants âgés de 2 à 5 ans souffrant d'obésité (Timmons, Naylor, & Pfeiffer, 2007; Twells & Newhook, 2011). À l'instar des adultes, l'obésité infantile augmente les risques de souffrir de maladies cardiovasculaires (Freedman, Mei, Srinivasan, Berenson, & Deitz, 2007), de conditions pathologiques orthopédiques, pulmonaires, et endocriniennes, de même que des problèmes de nature psychosociale comme une faible estime de soi, l'insatisfaction avec l'image corporelle, et la victimisation par le harcèlement et la discrimination (Must & Strauss, 1999; Styles, Meier, Sutherland, & Campbell, 2007; L. Tremblay & Limbos, 2009). Cet état de faits met en lumière l'importance d'interventions préventives précoces pour favoriser le maintien d'un poids santé en adressant l'apport d'énergie par l'alimentation et la dépense énergétique par l'activité physique (Birch & Fisher, 1998; Harris, Kuramoto, Schuler, & Retallack, 2009; Visscher, Snijder, & Seidell, 2010). Pourtant, les programmes d'intervention et de prévention auprès des enfants d'âge préscolaire sont encore peu nombreux. La plupart des programmes existants ciblent les enfants plus âgés et les adolescents et présentent des résultats mitigés, voir peu encourageants relativement à leur efficacité à diminuer le poids des jeunes participants (Harris et al., 2009; L. Tremblay, Rinaldi, Cimon-Lambert, & Larivière, 2012).

Nous proposons plusieurs hypothèses pouvant expliquer le manque d'efficacité de ces programmes. D'abords, les programmes recensés dans deux recensions des écrits sur ce thème

(L. Tremblay, Boudreau-Larivière, & Cimon-Lambert, 2012; L. Tremblay, Rinaldi, Cimon-Lambert et al., 2012) révèlent que, en excluant les enfants d'âge préscolaire, une grande majorité de ces programmes font face au défi d'intervenir auprès d'enfants et d'adolescents chez qui les habitudes en matière de santé sont déjà bien établies et en conséquence, plus difficiles à modifier. Ensuite, les interventions ont en général lieu en milieu scolaire ou en garderie, excluant ainsi les parents qui pourtant jouent un rôle crucial dans l'apprentissage des bonnes habitudes alimentaires et l'activité physique régulière de leurs enfants (Birch, 1999; Birch & Fischer, 1998; L. Tremblay, Boudreau-Larivière et al., 2012). L'inclusion des parents dans de tels programmes ne garantit toutefois pas leur succès. En effet, la recherche montre que les perceptions parentales en matière de santé, d'obésité, d'alimentation et d'activité physique (Costanzo & Woody, 1985; L. Tremblay, Boudreau-Larivière et al., 2012; L. Tremblay, Lovsin, Zecevic, & Larivière, 2011; L. Tremblay, Rinaldi, Cimon-Lambert et al., 2012; L. Tremblay, Rinaldi, Lovsin, & Zecevic, 2012; Zecevic, Tremblay, Lovsin, & Larivière, 2010), ainsi que les pratiques parentales générales et celles liées à l'alimentation (Costanzo & Woody, 1985; L. Tremblay Rinaldi, Cimon-Lambert et al., 2012) doivent être prises en compte pour assurer la mise en place des nouveaux comportements favorisant le développement et la santé des enfants.

L'importance des perceptions parentales et des pratiques éducatives sont au cœur de la théorie de Costanzo et Woody (1985) dont l'hypothèse principale postule que les inquiétudes parentales, fondées ou non, de la présence d'embonpoint chez leur enfant encouragera un style parental restrictif au point de vue alimentaire. Ainsi, l'interdiction de consommation de produits alimentaires spécifiques (comme des sucreries par exemple) entraînera l'effet contraire à celui souhaité, soit l'augmentation de la préférence pour ces aliments et donc, leur consommation (Birch, 1999). La restriction alimentaire a également des effets négatifs sur l'apprentissage de

l'auto-régulation alimentaire des enfants. L'auto-régulation se définit comme la capacité de contrôle de la consommation alimentaire sur la base des signes internes de faim et de satiété (Birch et al., 2001). Ainsi, l'imposition de règles externes sur ce qui doit être mangé et selon quelle quantité interfère avec cet apprentissage chez les enfants, contribuant ainsi à accroître les risques d'embonpoint et d'obésité (Birch & Deysher, 1986; Birch & Fisher, 1998; Drewett, 2007).

Un nombre grandissant d'études montre l'importance des perceptions et des pratiques parentales sur l'incidence de l'embonpoint et de l'obésité infantiles. Premièrement, une large proportion de parents dont l'enfant est en surcharge pondérale ont tendance à sous-estimer son poids, en particulier si l'enfant est très jeune (Maynard, Galuska, Blanck, & Serdula, 2003 ; L. Tremblay, Rinaldi, Lovsin et al., 2012; L. Tremblay, Lovsin et al., 2011; West et al., 2008). Les parents surestiment davantage le poids de leurs filles que celui de leurs garçons (Maynard et al., 2003). Le manque de précision de l'estimation du poids d'un enfant risque fort d'empêcher la mise en place de stratégies parentales efficaces au maintien d'un poids santé (Maynard et al., 2003). Nous n'avons pas relevé d'études portant sur les causes possibles de telles erreurs d'estimations. Certains chercheurs proposent que les stéréotypes sociaux idéalisant la minceur encourageraient le refus parental d'étiqueter leur enfant comme 'obèse' (Maynard et al., 2003; West et al., 2008). Cette hypothèse reste à vérifier. L'étude de L. Tremblay, Rinaldi, Lovsin et al., (2012) a montré par ailleurs que des perceptions justes du poids de leur enfant (percevoir correctement l'obésité d'un enfant) étaient associées à une plus grande préoccupation des parents face au poids de l'enfant, mais prédisait également des pratiques alimentaires restrictives, donc inefficaces à l'atteinte et au maintien d'un poids santé.

D'autres études ont également montré l'influence des perceptions et des habitudes parentales concernant les comportements sédentaires et l'activité physique sur ceux des enfants (L. Tremblay, Boudreau-Larivière et al., 2012; Zecevic et al., 2010). Par exemple, les parents ont tendance à penser que les jeunes enfants sont naturellement suffisamment actifs (Hinkley, Salmon, Okely, Crawford, & Hesketh, 2011) mais du même souffle reconnaissent l'importance de leur rôle à encourager leurs enfants à être davantage actifs (Hinkley et al., 2011; Irwin, He, Bouck, Tucker, & Pollett, 2005). Aussi, Zecevic et ses collègues (2010) rapportent que les habitudes et les attitudes positives des parents face à l'activité physique sont associées à la fréquence de l'activité physique de leurs enfants et de la satisfaction qu'ils éprouvent en étant actifs.

Si l'ensemble des études recensées mettent en lumière les liens entre les pratiques et les perceptions parentales avec le développement de l'embonpoint et de l'obésité infantiles, nous n'avons identifié aucune étude portant sur la nature et l'origine de ces perceptions. Ainsi l'objectif général de cette recherche qualitative est de saisir les motifs, valeurs et attitudes qui sous-tendent les perceptions parentales en matière de santé, d'embonpoint, d'image corporelle, d'alimentation et d'activité physique. Pour atteindre cet objectif, nous avons invité des mères d'enfant d'âge préscolaire à participer à des groupes de discussion. Nous anticipons que les résultats de cette étude seront utiles à la fois aux chercheurs et aux intervenants en matière de santé dans leur intervention auprès des enfants et leurs parents.

Méthode

Participants

Nous avons recruté échantillon de 11 mères francophones vivant dans le nord de l'Ontario, Canada, et ayant au moins un enfant d'âge préscolaire (2 à 5 ans). Le recrutement s'est effectué à partir de petites annonces dans les garderies, dans le journal étudiant de l'université des chercheuses ainsi que par la méthode de boule de neige. L'âge moyen des participantes était de 27 ans (ET= 2.19) et la plupart avait deux enfants. Deux des mères détenaient un diplôme secondaire, trois avaient un diplôme collégial, deux étaient récipiendaires d'un baccalauréat, deux avaient une maîtrise et deux étaient candidates au doctorat.

Développement du Protocole de Collecte de Données

Les thèmes des groupes de discussion ont été développés à partir d'une revue exhaustive de la littérature, des travaux des auteurs (L. Tremblay, Rinaldi, Cimon-Lambert et al., 2012), ainsi que par le biais de consultations avec des professionnels du domaine de la santé (psychologues, travailleur social, nutritionniste, candidate à la maîtrise en développement humain). Les thèmes suivants ont été regroupés et discutés séparément en trois séances : a) obésité et image corporelle, b) l'alimentation, et c) l'activité physique. Les thèmes ont été introduits à l'aide de questions générales semi-structurées suivies de sous-questions permettant de couvrir les aspects plus spécifiques des thèmes. À titre d'exemples, les questions suivantes ont été utilisées pour les thèmes portant sur l'alimentation, l'activité physique, l'image corporelle et l'obésité respectivement: *'En général, quels types d'aliments consommez-vous?'*; *'Que signifie être actif physiquement ?'*; *'Selon vous, qu'est-ce que l'image corporelle?'*; *'Qu'est-ce que l'obésité chez les enfants? Est-ce la même chose que chez les adultes?'*. Le tableau 1 présente les thèmes avec leurs sous-thèmes.

Tableau 1. Description des thèmes et des sous-thèmes couverts dans les groupes de discussion

Thèmes	Sous-thèmes
<i>Obésité/ image corporelle</i>	<p><u>Définir l'obésité</u> : identifier les causes, les stratégies pour la prévenir. Identifier l'obésité chez l'enfant et chez l'adulte</p> <p><u>Définir l'image corporelle en établissant les ressemblances et les différences entre les adultes et les enfants</u> : qu'est ce qui nous préoccupe/ on aime relativement à son corps, son apparence, son poids, stratégies pour maintenir ou modifier son poids, lien entre image corporelle, poids et la confiance en soi, sources d'insatisfaction avec l'image corporelle chez l'enfant.</p>
<i>Nutrition / alimentation</i>	<p><u>Organisation des repas</u> : qui choisit, prépare les repas, prends-t-on tous les repas en famille, durée des repas.</p> <p><u>Types d'aliments consommés</u> : critères pour choisir les aliments et les mets qu'on prépare, manière dont on constitue les repas, y a-t-il des membres de la famille qui suivent une diète et pour quelle raison.</p> <p><u>Interactions durant les repas</u> : présence de distractions (TV, radio, appareils électroniques), conflits et sources.</p> <p><u>Déroulement des repas</u> : règles à table, préférences alimentaires, difficulté avec l'enfant relativement à l'alimentation.</p> <p><u>Barrières</u> : difficultés liées aux objectifs des familles relativement à l'alimentation (eg. Vouloir bien nourrir sa famille avec des ressources financières limitées)</p>
<i>Activité physique</i>	<p><u>Définir l'activité physique et distinguant entre l'adulte et l'enfant</u> : comment favoriser l'activité physique chez les enfants à la maison comme en milieu de garde et à l'école, bénéfices, désavantages et barrières à l'activité physique. Importance de l'activité physique pour la santé et le poids.</p>

Procédure

Les groupes de discussion ont été menés par la première et la seconde auteure, cette dernière étant psychologue clinicienne et la chercheure qui chapeaute ce projet, et d'une assistante de recherche. La collecte de données a eu lieu dans les locaux de l'université des chercheurs. Les groupes ont duré en moyenne 3 heures. Six mères ont participé au groupe de discussion portant sur l'obésité et l'image corporelle, tandis que les groupes portant sur l'alimentation et l'activité physique s'élevaient à respectivement sept et trois participantes.

Les thèmes ont été amenés de la manière suivante. La discussion s'ouvrait sur une question générale du thème, puis des sous-questions étaient présentées jusqu'à ce qu'aucune nouvelles idées ne soient exprimées. Les discussions étaient menées de manière à permettre à chaque participante d'exprimer ses idées. Le contenu des interactions était enregistré simultanément par l'assistante de recherche et projeté sur un écran de manière à être visible en tout temps par les participantes qui étaient libres de discuter le contenu, de suggérer des changements ou de relancer la discussion. Les chercheurs n'intervenaient dans les discussions que pour faciliter les échanges par des reflets, des reformulations, ou assister un parent à clarifier sa pensée. La dernière étape des discussions consistait à organiser les idées à l'aide de mots clés (proposés par les mères avec l'aide des chercheuses) et à les regrouper par ordre d'importance, afin d'obtenir une liste finale résultants du consensus du groupe.

Résultats

Les discussions se sont déroulées dans une ambiance de grande camaraderie, certaines mères se connaissant déjà. Le fait que les discussions portaient sur les enfants a également contribué à créer une forte cohésion dans les groupes. Les désaccords étaient librement exprimés

et acceptés. Les consensus provenaient de discussions ouvertes. La participation à cette recherche a également permis aux mères d'échanger des trucs, des informations ainsi que d'offrir du soutien mutuel relativement à des difficultés vécues, comme une condition médicale problématique chez un enfant par exemple. Les discussions étaient souvent initiées par les participantes elles-mêmes, ce qui illustre l'intérêt et la motivation des participantes qui ont par ailleurs rapporté avoir aimé leur expérience.

Processus d'Analyse

Les résultats présentés dans cet article proviennent de l'analyse effectuée par les chercheurs. Les participantes ont également été invitées à proposer leur interprétation. Ces derniers résultats ne sont pas présentés dans cet article. Les analyses ont été effectuées par les deux premières auteures. Après une première analyse effectuée individuellement, les chercheurs ont ensuite discuté leurs résultats pour en arriver à un consensus. L'objectif des analyses était d'identifier les valeurs, les perceptions et croyances, de même que les attitudes pour chacun des thèmes. L'analyse des données a fait ressortir un quatrième élément, les stratégies.

Une valeur se définit comme un but désirable supra ordonné à la situation courante, qui varie en importance et qui sert de principe directeur dans la vie d'une personne (Schartz, 1994, p.21). Ainsi, selon notre grille d'analyse, nous avons identifié comme valeur un contenu constant dans le discours à travers différents thèmes, souvent exprimé en premier ou très tôt dans la discussion, et utilisé comme argument pour appuyer des stratégies ou *façon de faire* avec son enfant. Par exemple, nous avons identifié la valeur centrale '*être une bonne mère*' qui est invoqué dans plusieurs thèmes et qui est utilisée pour expliquer les pratiques parentales.

Les perceptions (interprétation de la réalité) et les croyances (pensée qui ne semble pas s'appuyer sur une réalité ou un fait) s'exprimaient comme des affirmations présentées comme des vérités incontestables (Schwitzgebel, 2011) et partagées par les participantes. Par exemple, les mères ont affirmé qu'il y avait des aliments sains (bons) et malsains (mauvais). Les attitudes étaient associées à ces perceptions et croyances par leur contenu affectif (jugement de valeur) qui sont conceptualisées comme des motivateurs des comportements d'approche ou d'évitement (Myers & Huergeta, 1997). Par exemple, toutes les mères souhaitent être une *bonne* mère (jugement de valeur) et cette bonne mère donne des aliments sains à son enfant et évite ceux qui ne sont pas bons pour la santé. Les stratégies consistaient en des comportements orientés vers un but ou une démarche de résolution de problèmes exprimées lorsque les participantes s'entendaient sur un problème commun. Par exemple, la plupart des mères font face à la difficulté de gérer les cris et les pleurs d'un enfant à qui on refuse des sucreries au marché. Une stratégie proposée par plusieurs mères était d'éviter les allées du magasin offrant ce type d'aliment.

Analyses du Contenu des Groupes de Discussion par Thèmes

Thème 1 : obésité et l'image corporelle.

Nous avons identifié les valeurs suivantes dans le discours des participantes. Les mères ont exprimé l'importance d'une alimentation saine et équilibrée comme garantie d'un poids santé. D'après les participantes, l'équilibre est atteint si on incorpore différents types de nourriture au régime alimentaire de la famille. Les mères ont affirmé que c'était la responsabilité des parents de permettre à leur enfant d'atteindre cet équilibre. Une autre valeur exprimée est

celle de l'importance d'être une bonne mère, donc de bien nourrir ses enfants. Plusieurs mères ont exprimé percevoir une pression sociale '*d'être une mère parfaite*'.

Plusieurs croyances et perceptions au sujet de la définition et des causes de l'obésité ont été proposées par les mères. Les participantes ont exprimé la croyance que l'obésité est avant tout le résultat d'une alimentation malsaine. Les mères ajoutent qu'en plus d'un régime alimentaire sain, une personne maintient un poids santé dans la mesure où elle se laisse guider par les indices internes biologiques de la faim et de la satiété. Les mères ont semblé avoir du mal à définir ce qu'est l'obésité. Plusieurs mères croient que l'obésité n'est pas bien définie, qu'on ne peut pas vraiment savoir si une personne est obèse ou fait de l'embonpoint. Tout en reconnaissant l'importance de l'indice de masse corporelle pour prévenir le diabète, les mères ont affirmé que cet indice ne permettait pas d'identifier l'obésité. Selon les mères, le poids est une question de santé, de capacité de fonctionner, non de livres ou de kilos. Elles ont argumenté que la santé des personnes minces n'est pas nécessairement meilleure que celles qui sont plus enrobées.

Les mères ont également discuté de leurs perceptions des causes de l'obésité. Les participantes reconnaissent que l'obésité peut être causée par des problèmes de santé mais la plupart du temps, la prise de poids et l'embonpoint le sont davantage par des comportements comme l'incapacité à se laisser guider par les indices physiologiques de la faim, l'absence de volonté, ou le fait de manger pour calmer ses émotions négatives. Selon certaines participantes, l'embonpoint des enfants résulterait d'un manque de motivation parentale à faire les bons choix alimentaires et '*à donner à leurs enfants tout ce qu'ils veulent*'. Pour ces mères, la nourriture ne doit pas être une mesure de l'amour parental. Selon les participantes, l'obésité infantile devient un problème lorsque '*l'enfant ne peut plus bouger*'. Selon les mères, c'est la responsabilité des

parents de montrer à leur enfant à faire de bons choix. Les parents sont responsables de créer et maintenir un poids santé chez leur enfant. L'attitude généralement exprimée par les mères était qu'être un bon parent signifiait d'éviter les mauvais aliments et nourrir sainement son enfant, enseigner la modération et l'équilibre à propos des 'gâteries' qu'on peut se permettre à l'occasion et enseigner de bons comportements alimentaires. À l'inverse, '*un mauvais parent*', était perçu comme quelqu'un qui donne tout, cède à l'enfant, et qui se rend ainsi responsable de sa mauvaise santé ou de son embonpoint.

À l'instar de l'obésité, les mères n'ont pas proposé de définition de l'image corporelle. Elles ont éludé cette question en établissant comme valeur commune que, '*l'important c'est d'avoir confiance en soi, d'être bien dans sa peau, d'être en santé, et d'avoir une bonne hygiène*'. Elles jugent l'apparence physique comme une chose superficielle. Encore une fois, être en santé constitue une valeur centrale pour les mères. La valeur d'être une bonne mère trouve également sa place dans ce contexte. Les mères ont affirmé que c'était la responsabilité des mères d'être des modèles pour leur enfant, en montrant de la confiance en soi et en ne partageant pas leurs insécurités. Pour les mères, l'image corporelle est avant tout une question de confiance en soi et ont partagé diverses croyances communes à cet égard. Pour les participantes, la confiance en soi se développe à l'intérieur et ne proviendrait pas de nos rapports avec les autres. Quoiqu'elles reconnaissent que certains facteurs externes peuvent influencer l'image corporelle de leur enfant (sans toutefois nommer ces facteurs), les participantes croient que les jeunes enfants ne peuvent pas être influencés par les médias. Elles croient que les moqueries sur l'apparence ne sont pas présentes à l'âge préscolaire et que les enfants ne pourraient pas être affectés par de tels comportements car ils sont trop jeunes.

Les mères ont partagé leurs stratégies pour développer la confiance en soi chez leur enfant(s). Elles estiment qu'un parent doit être prudent et ne pas parler d'image corporelle trop tôt dans le développement. Elles estiment qu'il faut attendre que l'enfant pose des questions à ce sujet. Les mères s'entendent pour dire qu'il ne faut pas montrer à son enfant ou lui transmettre ses propres insécurités face à sa propre image corporelle. Enfin, les mères soulignent l'importance d'enseigner aux enfants comment bien réagir aux moqueries.

Thème 2 : l'alimentation

En plus des valeurs liées à l'alimentation saine et équilibrée et à l'importance d'être une bonne mère, les participantes ont souligné l'importance de passer du temps en famille. Pour y arriver, certaines mères rapportent qu'elles modifient l'heure des repas pour s'assurer que leur conjoint est présent. D'autres mères indiquent que les repas se prennent toujours à la même heures et que certaines règles doivent être respectées comme le fait d'être tous assis ensemble, de ne pas utiliser d'appareils électroniques à table et fermer le téléviseur. Les mères s'entendent pour dire que les repas constituent un moment privilégié pour passer du temps ensemble et échanger. Les mères rapportent également utiliser le moment des repas pour enseigner de bonnes manières et d'autres comportements sociaux à leurs enfants. Plusieurs mères ont affirmé que bien nourrir sa famille faisait partie du rôle d'être parent. Par exemple, quelques mères ont confié comment leur habitudes alimentaires avaient été modifiées par le fait de devenir parent. Bien nourrir sa famille est perçu comme un devoir par plusieurs mères.

Dans ce contexte, les participantes perçoivent qu'une bonne pratique parentale est de non seulement s'assurer que l'enfant mange sainement, mais qu'il mange, simplement. Certaines mères croient qu'il ne faut jamais refuser de la nourriture à son enfant. Certaines mères ont

rapporté préparer des repas différents parce que l'enfant n'aimerait pas certains mets. D'autres mères se disaient moins inquiétées par un refus de l'enfant de se nourrir. Les mères ont bien défini ce qu'elles entendaient par aliments sains et malsains. Les mères estiment important de servir des légumes, des fibres et des protéines. Elles considèrent qu'il faut éviter les mets préparés achetés dans les magasins. Les desserts très sucrés comme les gâteaux ne sont pas privilégiés et les mères rapportent offrir plutôt des fruits et du yaourt comme dessert. Les bonbons et les sucreries sont considérés comme des gâteries par les participantes et ne sont offertes qu'occasionnellement aux enfants, comme récompense ou lors d'activité de loisir familial (comme une soirée à regarder un film en famille).

Les participantes perçoivent que les deux parents ont nécessairement des rôles différents relativement à l'alimentation. Les mères croient que le choix de nourriture, la préparation, le service et le contrôle de ce qui est consommé par leur enfant sont leur responsabilité. Pour les participantes, le rôle du père se limite à offrir des gâteries à l'enfant. Le rôle des deux parents consiste à enseigner de bonnes habitudes alimentaires.

Les participantes ont reconnu qu'il est parfois difficile de bien s'alimenter. Certaines trouvent difficile de s'assurer que leur enfant est nourrit selon leur souhaits lorsqu'il est en service de garde. D'autres ont partagé le manque de temps pour cuisiner de bons repas. D'autre ont fait mention du manque de ressources financières, en particulier pour une mère qui est seule et encore aux études. D'autres mères ont partagé leurs difficultés avec un enfant aux prises avec des problèmes d'allergies. Enfin, quelques participantes ont rapporté qu'il leur était parfois difficile d'accommoder les préférences alimentaires de tous les membres de la famille.

Les participantes ont finalement échangé sur les stratégies qu'elles privilégient pour s'assurer que leur enfant mange, et mange bien. Elles rapportent éviter l'utilisation de certains

aliments comme récompenses, elles impliquent les enfants dans le choix et la préparation des plats, et évitent de consommer des gâteries devant les enfants.

Thème 3 : l'activité physique

La valeur 'être en famille et passer du temps de qualité avec son enfant' a été prépondérante dans les discussions portant sur le thème de l'activité physique. Dans ce contexte, les mères ont rapporté qu'une activité physique doit permettre avant tout aux membres de la famille d'être ensemble. Être physiquement actif pour la plupart des mères n'est pas un but en soi à moins que cela ne contribue au temps passé en famille. Les mères ont partagé que la détente et la relaxation sont importantes car la vie est stressante. Pour la plupart des participantes, être un bon parent implique de passer le plus de temps avec son enfant et d'interagir avec lui.

Les mères ont partagé les croyances et attitudes suivantes face à l'activité physique : a) *'bouger est fatigant, demande de l'effort, n'est en général pas plaisant'*; b) *'on sait qu'on doit faire de l'exercice quand on ne se sent pas bien'*; c) *'les enfants n'ont pas besoin de motivation pour être actifs'*; d) *'les jeunes enfants sont naturellement actifs parce qu'ils aiment jouer'*; e) *'l'âge, le tempérament et la personnalité de l'enfant affectent son niveau d'activité physique'*; f) *'l'activité physique est bénéfique pour la santé'*; g) *'l'activité physique permet à l'enfant d'apprendre les règles sociales'*; h) *la réussite en sport peut être une expérience positive pour l'enfant qui en retire une certaine fierté'*; i) *'l'activité physique est bénéfique surtout si c'est amusant pour l'enfant'*; j) *'l'activité physique est utile pour contrôler le poids et l'obsession avec le poids peut nuire au développement d'une image corporelle saine'*; k) *'l'activité physique est nécessaire si on a un problème de santé'*; l) *'les parents n'ont pas à s'en faire car les besoins d'activité physique de leurs enfants puisque ces besoins sont pris en charge par l'école ou la*

garderie’; m) *‘contrairement aux enfants, être actif physiquement est plus difficile pour l’adulte qui a besoin de plus de motivation*’; n) *‘l’activité physique chez l’adulte n’est pas naturelle*’; o) *‘on se sent coupable quand on ne fait pas assez d’exercice*’.

Les mères ont identifié plusieurs barrières limitant l’activité physique. Le manque de temps pour ces activités est la première limite mentionnée. Après avoir rencontré toutes leurs obligations, les mères ont rapporté qu’elles souhaitent passer le peu de temps qu’il leur restait avec leur enfant. Pour les participantes, l’activité physique n’est pas une activité relaxante et ne constitue pas ce qu’elles appellent *‘passer du temps de qualité’* avec leur enfant. Laissez les enfants jouer seuls au parc ou dans la cour n’est pas sécuritaire pour les mères qui n’ont pas toujours le temps de sortir jouer avec leur enfant. La température est une autre barrière mentionnée par les mères. Au Canada, les hivers sont longs et froids et les parents sont peu enclins à sortir avec leurs jeunes enfants. Les mères ont également mentionné le manque de ressources financières pour couvrir les coûts d’achat ou de location d’équipement ou les frais exigés pour les leçons et les cours. Certaines mères n’ont pas accès à des centres sportifs, soient parce qu’ils sont inexistant dans leur communauté ou trop éloignés. Enfin, certaines mères ont mentionné qu’elles avaient cessé ou significativement diminué la pratique de sports depuis l’arrivée de leur enfant. Être mère était donc perçu par certaines participantes comme une barrière à l’activité physique.

Les mères ont identifié quelques stratégies pour favoriser l’activité physique de leur enfant(s?). Les participantes jugent que les activités organisées comme les sports d’équipe et les cours sont meilleurs que les activités non formelles individuelles. L’hiver, des activités intérieures comme les jeux de quilles ou des activités organisées dans les centres communautaires permettent de rester actifs sans avoir à supporter le froid. Certaines mères ont

mentionné utiliser les parcs intérieurs des restaurants McDonald's tout en reconnaissant que la nourriture qu'on y sert n'est pas saine. Certaines mères ont rapporté utiliser le jeu à la maison pour faire bouger leur enfant. Elles sautent avec leur enfant, s'engagent dans des batailles d'oreillers ou dansent sur de la musique rythmée. La pratique de sport avec un partenaire et plusieurs enfants ensemble a été identifiée comme un facilitateur par les mères.

Discussion

L'objectif de cette étude qualitative était d'identifier certaines valeurs, perceptions, croyances et attitudes relative à la santé, l'image corporelle, l'embonpoint, l'obésité, l'alimentation et l'activité physique chez des mères d'enfants d'âge préscolaire. Nous comptons ainsi mieux comprendre certaines erreurs perceptuelles des parents concernant la présence d'embonpoint et d'obésité chez leurs jeunes enfants, ce qui entrave possiblement la mise en place de stratégies efficaces de prévention de l'obésité infantile. Plusieurs des résultats offrent des pistes intéressantes pour améliorer l'efficacité des programmes d'intervention préventive.

Premièrement, nos résultats offrent quelques pistes d'explication des erreurs d'estimation du poids des enfants d'âge préscolaire observées dans un très grand nombre d'études dans divers pays et qui ont également été observées dans une étude menée avec un échantillon de 150 mères tiré de la même population que les participantes de la recherche actuelle (L. Tremblay, Lovsin et al., 2011). Nos résultats suggèrent que les mères ne considèrent pas que les enfants de l'âge de leur enfant puissent avoir un problème de poids. Ainsi, dans les études recensées, les erreurs de perceptions relevées pourraient s'expliquer par cette croyance de l'improbabilité de l'embonpoint à un jeune âge. Cela n'exclurait pas que les parents puissent percevoir que son enfant est plus enrobé qu'un autre enfant. Ce parent peut penser que son enfant va perdre

naturellement ce que beaucoup de parents appellent '*le gras de bébé- Baby fat*'. Cette interprétation est supportée par le fait que les participantes ont remis en question la définition médicale de l'obésité qui selon elles, est difficile à déterminer.

Une seconde explication suggérée par nos résultats est la pression ressentie par les mères de devoir '*être parfaite*' et leurs inquiétudes face aux stéréotypes sociaux liés à l'obésité (moqueries, rejet). Les perceptions et attitudes partagées par nos participantes sont celles qu'un bon parent nourrit bien son enfant et en conséquence, est directement responsable de sa santé et de son bien-être. Si cela est en partie vrai, la recherche montre aussi qu'il y a d'autres causes à l'embonpoint (par exemple, l'environnement, la génétique, les ressources financières limitées). Malgré cela, les mères participantes font peser toute la responsabilité de la santé de leur enfant sur leurs épaules. Aucune des mères n'a rapporté partager cette responsabilité avec son conjoint, qui est perçu par les mères comme peu impliqué dans l'alimentation, sinon pour offrir des gâteries à l'occasion. Ainsi, faire sienne une perception que l'embonpoint ou l'obésité n'est pas un problème chez un enfant très jeune peut certainement réduire des inquiétudes et procurer un sentiment de contrôle, surtout lorsqu'on considère les conséquences psychosociales de l'obésité. Cette dernière explication déjà proposée par d'autres chercheurs (Maynard et al., 2003; West et al., 2008) mérite d'être étudiée plus à fond.

Nos résultats font ressortir un autre aspect important des perceptions de mères liées à l'obésité et l'image corporelle. Nos participantes croient, probablement comme la plupart des personnes de la population générale mais également des chercheurs et des intervenants en santé, que les jeunes enfants ne sont pas préoccupés par leur image corporelle, qu'ils ne sont pas influencés par les images présentées par les médias ou par les commentaires ou les moqueries. En fait, la question de l'âge de l'apparition de l'insatisfaction corporelle et des préjugés anti-

obésité est actuellement débattue en recherche. Encore à ses débuts, la recherche offre toutefois des évidences sérieuses que les enfants de 5 et 6 ans (L. Tremblay & Limbos, 2009), et même ceux de 3 et 4 ans (L. Tremblay, Lovsin et al., 2011) présentent des signes d'insatisfaction avec leur image corporelle et sont ainsi vulnérables aux commentaires liés à l'apparence physique. Ce résultat soulève une question importante relativement à la pertinence de favoriser le développement d'une image corporelle positive chez les jeunes enfants. Nos participantes ont par ailleurs mentionné qu'il était essentiel d'enseigner aux enfants comment réagir aux commentaires négatifs. Nos résultats et nos travaux antérieurs (L. Tremblay & Limbos 2009; L. Tremblay, Lovsin et al., 2011) suggèrent que cet apprentissage doit prendre place très tôt dans le développement et que les parents ainsi que les professionnels de la santé doivent être informés des recherches récentes à cet égard.

Les résultats des discussions sur l'alimentation révèlent que les mères ont de bonnes connaissances sur les types d'aliments et leurs valeurs nutritives. Elles sont au fait des besoins de leur enfant à cet égard et s'entendent sur la définition d'un régime alimentaire sain et équilibré. Il est notable que l'aspect social de l'alimentation est très important pour les mères. Elles s'entendent pour dire que le moment des repas est une occasion privilégiée d'être en famille. Ce résultat n'est pas surprenant quand on considère les contraintes qu'ont à subir les familles de nos jours. En effet, la plupart des familles sont constituées soit de deux parents qui doivent travailler ou de mères monoparentales. Dans les deux cas, le manque de temps et les difficultés à harmoniser les obligations professionnelles et familiales font partie des sources de stress explicitement formulées par toutes les mères de notre échantillon. Ainsi, nous comprenons du discours des mères que le moment des repas est souvent le seul vrai moment uniquement consacré à la détente en famille.

Les discussions sur le caractère 'sain/malsain' des aliments nous ont fourni une autre piste intéressante pour comprendre les pratiques parentales. Malgré le fait que les mères considèrent que les croustilles, la pizza du commerce, les gâteaux ou les bonbons ne sont pas bons pour la santé des enfants, elles les servent occasionnellement à leur enfant qui apprennent ainsi à considérer ces aliments comme des gâteries qu'on associe à des activités agréables et spéciales comme une soirée de cinéma en famille par exemple. Ces résultats suggèrent une certaine ambivalence des adultes face à ce que certains appellent de la malbouffe (*junk food*). D'une part, on juge ce type d'aliments fort négativement et d'autres parts, on les consomme pour se récompenser. On peut interpréter ce comportement comme une permission que les mères se donnent pour ne pas toujours se conformer aux règles sociales rigides et exigeantes d'être parfaite et illustre peut-être un besoin de se laisser aller de temps en temps. Aussi, certaines mères ont fait valoir leur épuisement et leur manque de temps à la fin de la semaine. Servir un menu préparé leur permet de se reposer et de profiter de leur famille sans être coincée dans la cuisine.

Cette dernière interprétation trouve écho dans le discours des mères lors des groupes portant sur le thème de l'activité physique. Les mères ont rapporté un ensemble de croyances et attitudes, dont certaines sont positives (l'activité physique est bonne pour la santé, permet d'apprendre des règles sociales) et d'autres négatives (c'est fatigant, ce n'est pas agréable, ce n'est pas considéré comme du temps de qualité passé avec son enfant). Nous comprenons du discours des mères qu'elles ne jugent pas qu'elles ont la responsabilité de s'assurer que leurs jeunes enfants soient suffisamment actifs. Nous comprenons que ces mères déjà débordées, ayant internalisé le modèle du parent parfait, peuvent percevoir que ce n'est pas leur rôle d'être les 'entraîneurs sportifs' de leur enfant en plus de leurs responsabilités déjà lourdes. De plus, à

l'instar de ce qui a été observé chez les éducateurs et professionnels de la santé (Hinkley et al., 2011; L. Tremblay, Boudreau-Larivière et al., 2012), les mères croient que l'école se charge très bien des besoins des enfants concernant l'activité physique. Elles croient également que les jeunes enfants sont naturellement actifs et n'ont pas besoin d'être motivés, contrairement aux adultes. Ces perceptions, que nous estimons partagées par un grand nombre d'individus, s'avèrent fausses (pour une revue complète, voir L. Tremblay, Rinaldi, Cimon-Lambert et al., 2012). En fait, la recherche montre que les besoins en activité physique des enfants d'âge préscolaire ne sont pas rencontrés, que ce soit en milieu de garde ou à la maison et cela en raison de nombreux facteurs (L. Tremblay, Boudreau-Larivière et al., 2012). Aussi, la recherche a démontré l'importance du rôle des parents pour stimuler et motiver leur enfant à être physiquement actifs, par le biais de leur propre comportements sportifs, leurs attitudes face à l'activité physique et le plaisir qu'ils en retirent (Zecevic et al., 2010).

Conclusions et Recommandations

Les résultats de cette étude ont permis de mieux comprendre les valeurs et attitudes d'un échantillon de parents francophones vivant dans le nord de l'Ontario à l'égard des principaux facteurs associés au maintien d'un poids santé. Notre étude ouvre des pistes à la fois pour les chercheurs et pour les professionnels de la santé désirant planifier des interventions préventives auprès des familles avec de jeunes enfants.

Du point de vue de la recherche, les résultats de notre étude méritent d'être reproduits auprès de participants de d'autres origines culturelles puisque les valeurs et les normes sociales varient. Des études utilisant une approche quantitative menées auprès d'un grand nombre de participants permettraient de généraliser nos résultats.

Du point de vue de l'intervention, nos résultats suggèrent plusieurs pistes pour la mise en place de programmes efficaces. Premièrement, nos résultats et nos travaux antérieurs démontrent l'importance d'intervenir de manière précoce non seulement en adressant certaines pratiques parentales concernant l'activité physique et la sédentarité, mais également de cibler les perceptions des parents sous-estimant les risques d'embonpoint et d'obésité chez les jeunes enfants. Aussi, pour être efficaces, tout programme de prévention de l'obésité doit tenir compte du contexte familial contemporain. Les intervenants doivent évaluer les contraintes et les limites imposées par le manque de ressources financières des parents, leur milieu de vie et leur occupation. Enfin, il convient également de tenir compte des valeurs des familles, dont certaines peuvent être communes à plusieurs parents et d'autres spécifiques à chaque famille. Pour y parvenir, l'utilisation de groupe de discussion comme nous l'avons fait pour cette recherche s'avère un excellent moyen de motiver et d'engager les parents dans un programme d'intervention préventive. Les parents peuvent proposer leurs propres stratégies et avec l'aide des intervenants, trouver des moyens efficaces pour mettre en place de nouvelles habitudes. De plus, ces groupes permettent à certaines mères confinées à la maison avec leurs jeunes enfants de rompre leur isolement et trouver du soutien de la part de femmes dans la même situation et à même de les comprendre.

Références

- Birch, L. L. (1999). Development of food preferences. *Annals Review of Nutrition*, 19, 41-92.
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(3), 539-549.
- Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C.N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the child feeding questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36(3), 201-210.
- Birch, L. L., & Deysher, M. (1986). Caloric compensation and sensory specific satiety: Evidence for self regulation of food intake by young children. *Appetite*, 7(4), 323-331.
- Costanzo, P. R., & Woody, E. Z. (1985). Domain-specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: The example of obesity proneness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3, 425-445.
- Drewett, R. (2007). *The nutritional psychology of childhood*. Cambridge University Press, New York, NY.
- Freedman, D. S., Mei, Z., Srinivasan, S. R., Berenson, G. S., Dietz, W. H. (2007). Cardiovascular risk factors and excess adiposity among overweight children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *The Journal of Pediatrics*, 150(1), 12-17. e12.
- Harris, K. C., Kuramoto, L. K., Schulzer, M., Retallack, & J. E. (2009). Effect of school-based physical activity interventions on body mass index in children: A meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 180(7), 719-726.
- Hinkley, T., Salmon, J., Okely, A. D., Crawford, D., & Hesketh, K. (2011). Influences on preschool children's physical activity: Exploration through focus groups. *Family & Community Health*, 34(1), 39-50.
- Irwin, J. K., He, M., Bouck, L. M. S., Tucker, P., & Pollett, G. L. (2005). Preschoolers' physical activity behaviours: Parents' perspectives. *Canadian Journal of Public Health*. 96(4), 299-303.
- Maynard, M., Galuska, D. A., Blanck, H. M., & Serdula, M. K. (2003). Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics*, 111(5), 1226-1231.
- Must, A., & Strauss, R. S. (1999). Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *International Journal of Obesity*, 23, S2-S11.
- Myers, D. G., & Huergeta, T. (1997). *Psychologie*. Paris: Flammarion médecine-sciences.
- Schwartz, S. H. (1994). Are there universal aspects in the structure and contents of human values? *Journal of Social Issues*, 50(4), 19-45.

- Schwitzgebel, E., "Belief", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2011 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL=<<http://plato.stanford.edu/archives/win2011/entries/belief/>>.
- Styles, J. L., Meier, A., Sutherland, L. A., & Campbell, M. K. (2007). Parents' and caregivers' concerns about obesity in young children: A qualitative study. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*, 30(4), 279-295.
- Timmons, B. W., Naylor, P. -J., & Pfeiffer, K. (2007). Physical activity for pre-school children — how much and how? *Journal of Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*. 32 (Suppl. 2E), 122-134.
- Tremblay, L., Rinaldi, C., Cimon-Lambert, K., & Larivière, M. (2012). Toward an effective prevention of pediatric obesity; the role of parental feeding strategies and body weight perceptions on the development of young children' healthy eating habits. In: *Advances in medicine and biology*. Volume 28, chap III, Leon V. Berhardt Ed. Hauppauge, NY : Nova Science Publishers Inc. ISBN 978-1-61324-359-6
- Tremblay, L., Rinaldi, C. M., Lovsin, T., & Zecevic, C. (2012). Parents' perceptions of children's weight: the accuracy of ratings and associations to strategies for feeding. *Early Child Development and Care*, 182 (8), 1027-1040.
- Tremblay, L., Boudreau-Larivière, C., & Cimon-Lambert, K. (2012). Promoting physical activity in preschoolers: A review of the guidelines, barriers, and facilitators for implementation of policies and practices. *Canadian Psychology: Special Issue on Sport and Exercise Psychology*, 53(4), 280-290.
- Tremblay, L., & Limbos, M. (2009). Body image disturbance and psychopathology in children; research evidence and implications for treatment. *Current Psychiatric Review*, 5(1), 62-72.
- Tremblay, L., Lovsin, T., Zecevic, C., & Larivière, M. (2011). Perceptions of self in 3-5 year old children: A preliminary investigation into the early emergence of body dissatisfaction. *Body Image Journal*, 8, 287-292.
- Tremblay, M. S., Shields, M., Laviolette, M., Craig, C. L., Janssen, I., & Gorber, S. C. Fitness of Canadian children and youth: Results from the 2007-2009 Canadian Health Measures Survey. *Health Reports* (Statistics Canada, Catalogue 82-003) 2010; 21: 1-14.
- Twells, L. K., & Newhook, L. A. (2011). Obesity prevalence estimates in a Canadian regional population of preschool children using variant growth references. *BMC Pediatrics*, 11:21.
- Visscher, T. L. S., Snijder, M. B., & Seidell, J. C. (2010). *Epidemiology: Definition and classification of obesity*. Wiley-Blackwell.
- West, D. S., Raczynski, J. M., Philips, M., Bursac, Z., Gauss, C. H., & Montgomery, B. E. E. (2008). Parental recognition of overweight in school-age children. *Obesity*, 16(30), 630-636.

Zecevic, C., Tremblay, L., Lovsin, T., & Lariviere, M. (2010). Parental influence on young children's physical activity. *International Journal of Pediatrics*, 9, 468-526.

Discussion Générale

Lors de cette étude j'ai voulu cerner davantage les valeurs, les attitudes, les perspectives, et les pratiques parentales des mères francophones à l'égard de leurs enfants d'âge préscolaire dans l'optique de la problématique de l'obésité infantile, de l'image corporelle, de l'alimentation, et de l'activité physique. D'après nous, les résultats des discussions démontrent que nous avons répondu du moins en partie à notre objectif. Nous avons pu déterminer les valeurs et les attitudes qui pourraient sous-tendre les perceptions parentales; celles-ci pouvant vraisemblablement influencer la manière dont les parents choisissent d'élever leurs enfants.

Nous avons revendiqué le modèle théorique de Costanzo et Woody (1985) pour encadrer cette recherche, et comme guide pour les analyses des données. Selon le modèle les valeurs des parents qui influencent leurs perceptions inspirent conséquemment les stratégies qu'ils emploient pour modifier le comportement de leurs enfants. Ainsi, les parents qui estiment important de maintenir un poids « socialement acceptable » pour leur propre personne ou leur enfant, seront prédisposés à percevoir une quelconque déviation de la norme qu'ils se sont imposés, peu importe si les faits (médicaux) ne suggèrent d'aberrance. Par conséquent, les parents auront recours à des stratégies alimentaires restrictives qui chercheront à contrôler la quantité de nourriture consommée par leur enfant.

Afin d'identifier les perspectives, les valeurs et les attitudes parentales, nous avons utilisé la méthode des groupes de discussions. Plusieurs résultats obtenus des discours des mères offrent des pistes intéressantes pour mieux comprendre leurs valeurs et leurs perceptions.

Groupe de Discussion sur la Problématique de l'Obésité Infantile

En premier lieu, les participantes du groupe de discussion qui abordèrent la problématique de l'obésité infantile ont soulevé plusieurs perspectives intéressantes. La valeur qui revient le plus souvent en ce groupe de discussion est celle d'une alimentation saine et équilibrée. Selon le discours des parents, les bonnes habitudes alimentaires ne devraient pas être entretenues dans le but de maintenir ou de réduire son propre poids ou celui de son enfant. Ceci est démontré par un extrait des discussions entre mères : « La nourriture ne devrait pas être à propos du poids, mais à propos de la santé. » En effet, il semblerait que les participantes optent pour des habitudes de vie saine dans le but d'être en santé, et non pour réguler leur poids.

Le style de discours par lequel les participantes ont choisi de s'exprimer peut être interprété de deux différentes manières :

Premièrement, les participantes ne discutaient que rarement des questions directement reliées au poids, elles n'ont jamais vraiment défini l'obésité. Il se peut que ceci soit une démonstration de leur propre réalité; c'est-à-dire que ces mères ne s'inquiètent pas de la problématique de l'obésité infantile ou ne perçoivent pas l'obésité comme un problème dans leur famille, donc supposent qu'il n'y a pas de matière à discuter. On pourrait en partie répondre par le fait que les participantes n'admettent pas le souci de l'obésité ou n'entretiennent pas le « poids sain » comme valeur, dont l'effet influencerait les habitudes alimentaires de leur famille. Des participants ont déclaré, dans une étude par Zehle et ses collègues (2007), qu'il était seulement nécessaire d'utiliser des méthodes restrictives envers l'alimentation des enfants lorsque leur poids devenait problématique.

Deuxièmement, d'après leurs discours, nos participantes semblaient faire attention à leur vocabulaire et démontraient une grande sensibilité à l'égard de la problématique de l'obésité. Une explication plausible est que ceci reflète plutôt une sensibilité auprès des autres membres du groupe; étant donné que certaines se connaissaient auparavant et étaient dotées d'embonpoint. Les formules employées par les participantes semblent indiquer que tout au long de la session elles évitaient la terminologie associée avec l'obésité. C'est vraisemblablement une forme de respect par laquelle les mères souhaitaient être bienveillantes vis-à-vis des autres mères du groupe, ou peut-être elles se sentaient inconfortables à devoir adresser un tel sujet devant leurs amies. D'après la littérature, choisir sensiblement ses mots est une tendance également employée par les médecins. Une étude démontre que ces derniers préfèrent utiliser des euphémismes tels que « votre poids pourrait nuire à votre santé », au lieu du terme « obésité », lorsqu'en consultation avec un patient (Tailor & Odgen, 2008).

Les parents ont aussi partagé leurs perceptions des causes reliées à l'obésité chez les adultes et les enfants, ainsi que les caractéristiques qui définissent l'obésité. Les mères ont déclaré qu'en ce qui concerne les causes de l'obésité, il y a une « Diversité, pas tout le monde est gras parce que ce qu'ils mangent, il y a des maladies... » (*Il y a une diversité de raisons, la nourriture n'est pas l'unique cause d'une surcharge pondérale, il y a aussi des maladies*). En premier lieu, les participantes ont désigné au moins trois raisons qui pourraient expliquer l'état d'embonpoint chez les adultes. D'abord les maladies qui mènent à l'embonpoint. En dépit du fait qu'elles n'aient pas nommé ces maladies, la littérature démontre que l'hypothyroïdie, la dépression et le syndrome Cushing, sont des maladies qui peuvent produire un surplus de poids chez l'individu (Johnson, 2012). De plus, les participantes ont déclaré qu'un manque de volonté pourrait aussi être une cause de l'obésité. Une mère affirme que l'embonpoint : « Va avec la

confiance de soi, pas assez bonne pour essayer 'give up' » (*L'embonpoint est relié à la confiance de soi de l'individu. Il y a un manque de confiance pour essayer un style de vie santé pour réduire leur IMC, alors ils « give up »*). Une autre cause d'obésité, selon les participantes, serait le manque de confiance en ses propres habiletés qui empêcherait le changement d'habitudes alimentaires et l'augmentation d'activité physique dans la vie quotidienne. Cette perception se retrouve également dans la littérature; les gens ont tendance à croire que le poids est quelque chose qui se contrôle, que les individus possèdent le pouvoir de changer ou de modifier leur état (Crandall, 1994). Ainsi, les parents semblent dire qu'en ce qui concerne les adultes, les causes de l'obésité peuvent être autant internes qu'externes; c'est d'ailleurs une conclusion annoncée dans une autre étude qualitative (Sikorski et al., 2012). D'après cette étude, les participantes de poids normal, mais d'autant plus celles avec de l'embonpoint, ont identifié les facteurs internes, tels que les mauvais choix de nourriture, comme les causes d'obésité les plus importantes (Sikorski et al., 2012).

En revanche, lorsqu'on incita les participantes à déterminer les causes de l'obésité infantile, les mères ont acquitté de toute responsabilité les enfants; assurant que c'était la responsabilité des parents d'alimenter leurs enfants. Le rôle que les parents doivent assumer en matière d'habitudes alimentaires est bien documenté dans la littérature (Birch & Fisher, 1998). Malgré leur responsabilité, une perception partagée par les participantes de quelques groupes était qu'elles ne devraient pas trop se stresser d'être ce que la société détermine comme étant « parfait ». C'était l'avis de quelques-unes que l'embonpoint chez les enfants n'est inquiétant que lorsque la mobilité devient problématique; une perception qu'on retrouve également parmi les parents de l'étude de Zehle et ses collègues (2007). Ceci est aussi exemplifié par l'énoncé suivant d'une de nos mères : « Quand ils ne peuvent pas bouger. Les parents sont responsables.

Les parents doivent faire des limites. Ce n'est pas la faute de l'enfant. Les parents font l'épicerie, les parents font les repas... » (*L'embonpoint devient un problème lorsque l'enfant a de la difficulté à se déplacer. Ce sont les parents qui sont responsable à mettre des limites. Ce n'est pas la responsabilité de l'enfant, ni sa faute, puisque c'est les parents qui font l'épicerie*).

Il est curieux que les parents ne mentionnent pas le manque d'activité physique comme étant une composante significative quant à l'embonpoint. Les deux facteurs universellement reconnus comme agents responsables pour l'obésité, du moins en partie—soit un déséquilibre entre l'apport et la dépense d'énergie (Birch & Fisher, 1998; Harris et al., 2009), n'ont pas été soulevés par les participantes.

De plus, malgré l'identification de l'indice de masse corporelle (IMC) comme un outil dont on se sert pour prévenir des maladies de santé, les participantes jugent que ceci n'est pas une définition médicale. Elles estiment que cet outil est beaucoup trop vague, non-défini et laisse de côté de l'information importante telle que les implications de l'embonpoint dans la société. La définition de l'obésité semble se concentrer sur l'apparence; les mères optent plutôt pour une définition qui englobe la santé générale et qui met l'emphasis spécifiquement sur comment l'on se sent soi-même. Ceci est exemplifié par le commentaire d'une mère :

Le BMI est un facteur, mais plus pour les statistiques, comme 'si vous prenez 20 livres vous êtes à risque de souffrir de diabète'. Le BMI n'est pas toujours un bon estimé. Le sens de soi-même d'être en santé est plus important. (*L'indice de masse corporelle est une manière de définir l'obésité, mais cela est plutôt pour les statistiques. Les statistiques informent le monde des risques de maladies. Cependant, l'IMC n'est pas toujours le meilleur outil pour estimer le poids d'une personne. Ce qui demeure plus important et le sentiment d'être en santé.*)

Les participantes de l'étude de Sirkorski et ses collègues ont aussi déclaré que la définition populaire de l'obésité s'appliquait avec difficulté (Sirkorski et al., 2012). Au lieu, ces

participantes préféraient donner leur propre définition subjective de l'obésité (Sirkorski et al., 2012), comme l'on fait nos participantes. Les parents de l'étude de Sirkorski et ses collègues (2012) ont aussi identifié l'IMC comme mesure de l'obésité. Toutefois elles l'ont aussi rejeté préférant une description centrée sur l'esthétique et l'apparence. Les mères participants à notre groupe de discussion refusaient de lier l'obésité à une question d'apparence; elles semblaient préférer une définition axée sur la « Santé globale, non pas le poids, la santé, la santé mental, tous ensemble » (*Une définition qui englobe toutes les différentes facette de la santé ensemble, telles que la santé physique et la santé mentale. Le poids ne devrait pas figurer comme composante dans cette définition*).

Lors du groupe de discussion les parents ont identifié quelques stratégies à engager en vue de réduire l'embonpoint. En premier lieu, tout comme dans les discussions des causes de l'obésité mentionnées ci-dessus, les mères de ce groupe de discussion ont attribué la responsabilité du poids sain des enfants aux parents. Parmi les stratégies discutées entre elles, les mères ont en commun des apprentissages qu'elles transmettent à leurs enfants pour qu'ils s'en servent plus tard dans leur vie. Par exemple : apprendre à reconnaître les signes internes de satiété et de manger lorsqu'ils ont faim. Une des mères se prononce à ce sujet, « Chaque parent a la responsabilité d'élever un enfant en santé de même que lui donner des outils et de les élever avec une conscience de leur santé. » Les recherches démontrent que l'habileté de reconnaître les signes internes de satiété et l'habileté de s'autoréguler sont deux composantes importantes dans le maintien d'un poids santé. Ces dernières peuvent être affectées chez les jeunes enfants dès l'âge préscolaire par les pratiques alimentaires des parents (Birch & Fisher, 1998). Cet apprentissage est d'autant plus important si nous considérons l'étude d'Evans et ses collègues (2011) qui conclut que le manque d'autorégulation de l'apport d'énergie durant les années

préscolaires mène à l'état d'embonpoint en début d'adolescence. Il semblerait que l'apprentissage de reconnaître les signes internes de satiété et d'enseigner les habiletés de s'autoréguler est permanent chez les parents et devraient justement être inculqué dès la petite enfance afin d'éviter l'acquisition de poids chez les enfants vers l'adolescence. Ainsi, nos participantes n'ont pas tort à considérer significatif l'apprentissage des signes de faim et de satiété à leurs enfants. Une autre stratégie pour maintenir un poids santé chez son enfant était de modifier les habitudes alimentaires (par exemple, le type de nourriture servi).

Toutes les stratégies envers la problématique de l'obésité que les participantes ont proposées gravitaient autour de la question de nourriture. Les participantes ne reconnaissaient pas l'activité physique comme stratégie pour le maintien d'un poids santé chez les enfants, malgré le fait que la dépense d'énergie est perçue comme un facteur important pour la réduction d'embonpoint (Harris et al., 2009) et apporte aussi plusieurs bénéfices au niveau de la santé (Tremblay, Boudreau-Larivière et al., 2012). Malgré que les mères aient mentionné l'activité physique comme jouant un rôle dans la vie de leur enfant, ceci était sans l'intervention des parents au premier plan, contrairement aux stratégies alimentaires. D'autres recherches qualitatives soutiennent la même proposition face aux parents qui défendent que l'activité physique est garantie à l'école ou que les enfants d'âge préscolaire sont actifs naturellement et n'ont pas besoin de s'exercer davantage (Hinkley et al., 2011; Tremblay, Boudreau-Larivière, et al., 2012). Ainsi, si les enfants sont suffisamment actifs par eux-mêmes, les parents n'ont pas besoin d'intervenir dans ce domaine. Il se peut aussi que les parents croient que l'alimentation est la stratégie la plus efficace pour le maintien d'un poids santé ou la réduction de poids. Ceci se manifestait par les valeurs énoncées des participantes lors des groupes de discussion, telles que l'importance de bien se sentir dans son corps et d'avoir de bonnes habitudes alimentaires. Que

les parents se concentrent plus sur des stratégies alimentaires que l'activité physiques pourraient pourrait aussi s'expliquer par le fait que les enfants ne peuvent pas s'alimenter eux-mêmes; les parents ont donc l'obligation d'intervenir en ce domaine de la santé et par conséquent ont une influence directe sur l'apport d'énergie de leur enfant. Une autre hypothèse quant à la préférence de l'utilisation de stratégies alimentaires pour le maintien ou réduction du poids de leur enfant pourrait être que les parents ne considèrent pas les bienfaits de l'activité physique pour leur enfant.

Groupe de l'Image Corporelle

Le prochain groupe de discussion aborda le thème de l'image corporelle. Tout au long de la session, les mères étaient déterminées à définir l'image corporelle en suivant l'interprétation du sentiment interne ou de la confiance de soi; de l'hygiène et de la santé. Elles n'ont pas abordé l'aspect physique du corps ou de l'apparence. Ainsi, la discussion de l'image corporelle semble engendrer le même inconfort que la question d'obésité du groupe précédent. Les participantes valorisaient plutôt les caractéristiques internes dont le soubassement est l'acquisition d'une confiance personnellement déterminée qui n'est pas alimentée par les défauts des autres. Une mère du groupe se prononce sur la question: « La confiance doit venir d'interne et non pas des 'short-comings' des autres. » Bref, les participantes retiennent comme valeur les caractéristiques internes et rejettent l'image corporelle fondée sur des caractéristiques telles que l'apparence.

En ce qui concerne les perceptions de l'image corporelle, il importe de noter que les participantes déclarent que les facteurs pouvant influencer l'image corporelle d'un adulte, tels que les médias, n'atteignent pas encore les enfants d'âge préscolaire. En consultant la littérature qui met en évidence l'insatisfaction de l'image corporelle chez les jeunes enfants, cette

perception s'avère fausse. Ceci est illustré par une étude dirigée par Heron et ses collègues (2013); peu importe l'ethnicité ou le genre de l'enfant, les données témoignent qu'une divergence du corps idéal présenté par la société peut engendrer une modification de la perception de l'image corporelle tôt dans la vie de l'enfant. Une autre étude a déterminé que les filles âgées de cinq à six ans préféraient une silhouette dont les formes corporelles étaient beaucoup plus minces que celles qu'elles percevaient comme étant plus représentatives de leurs propres apparences (Birbeck & Drummond, 2006).

Selon un recensement de la littérature du sujet; Tremblay et Limbos (2009) ont rassemblé des études qui suggèrent que les enfants dès l'âge de cinq ou six ans sont capables, tout comme les adultes, de correctement percevoir leur propre corps étant exposés aux médias, ainsi qu'influencés par eux. Ainsi, les jeunes filles intériorisent le type de corps mince idéal que projette la société, tandis que les jeunes garçons intériorisent le corps musculaire idéal. L'influence des médias est aussi ressentie par la transmission des stéréotypes sociaux axés sur l'apparence physique et la beauté (Tremblay & Limbos, 2009). Les données attestent que les enfants de cet âge manifestent également des inquiétudes et des attitudes envers leur corps (Tremblay & Limbos, 2009).

Les mères de notre étude affirmaient que les enfants préscolaires sont plutôt portés à juger le visage, non pas le corps des autres. En effet, la littérature suggère que les enfants préscolaires possèdent des biais négatifs envers les personnes obèses (Tremblay & Limbos, 2009). Ceci est davantage prouvé par un recensement d'études qui constatent que les jeunes enfants de l'âge de six ans ont déjà des perceptions négatives à l'égard des personnes avec un embonpoint; leur supposant des caractéristiques stéréotypées telles que l'oisiveté, la laideur et la

stupidité. Les enfants estiment, par conséquent, que ces derniers sont les amis les moins désirables (Must & Strauss, 1999).

Malgré l'avis des participantes de notre étude, elles reconnaissent l'importance de pourvoir leur enfant des outils qui permettront l'affrontement des pressions sociales du futur. Comme le dit une mère : « Les médias affectent les parents, mais pas encore les petits enfants. Il faut enseigner les enfants pour qu'ils ne soient pas influencer par les médias. Enseigne les enfants « media awarness/literacy » (*Les médias affectent les adultes, mais pas encore les jeunes enfants d'âge préscolaire. Il faut donner des outils dès un jeune âge à son enfant afin qu'il ou elle ne soit pas affecté par l'influence des médias*).

En guise de stratégie, les participantes ont affirmé qu'il ne fallait surtout pas transmettre ses inquiétudes et ses insécurités à ses enfants. Ainsi, il semblerait que les mères ont conscience de leurs insécurités, de leurs insatisfactions corporelles, et savent que cela peut se transmettre involontairement à leurs enfants. Le souci de transmission de nos participantes n'est pas sans fondement. Une étude a postulé que les filles de cinq ans qui s'inquiétaient de leur poids ont conscience du dialogue des adultes à propos du corps mince médiatisé, ce qui pourrait les mettent à risque d'adopter un régime alimentaire tôt dans leur vie (Davidson, Markey, & Birch, 2000).

Groupe de l'Alimentation

Le prochain groupe de discussion portait sur l'alimentation. Comme on l'a déjà vu grâce aux autres groupes de discussion de cette étude; l'alimentation saine est une valeur primordiale. Les participantes du groupe de l'alimentation avouaient se sentir responsables de fournir une bonne alimentation, soit par des mets équilibrés composés d'une variété d'aliments de tous les

groupes alimentaires. Une participante confirme : « On suit un régime alimentaire comme un diabétique, on ne mange pas toujours de la viande et on essaie quelque chose de non-viande comme des fallafels, base de blé entier [...] le déjeuner est du gruau et des fruits, du yogourt » *(Les parents adoptent un régime alimentaire comme celui d'un diabétique. On réduit le montant de viande dans les mets et on les remplace par des aliments à base de blé et des fallafels, par exemple. Pour les déjeuners, on mange du gruau, des fruits et du yogourt.)*

Étant donné la nature de notre méthode, nous ne sommes pas en mesure de déterminer l'authenticité de ces discours; nous ne savons pas si les mères accomplissent véritablement ce qu'elles disent durant les discussions de groupes, voire même si cela est quelque chose de conscient. Selon une étude qui mesura la qualité de l'alimentation des enfants de deux à cinq ans; la grande majorité des mères ont surestimé la qualité de la nourriture consommée par leur enfant (Kourlaba, Kondaki, Grammatikaki, Roma-Giannikou, & Maniosa, 2009). Tout comme les participantes de notre étude, la majorité de ces mères utilisaient le critère de santé pour l'achat de la nourriture (Kourlaba et al., 2009).

À l'instar de l'étude de Zehle et ses collègues (2007) auprès des enfants de zéro à deux ans, les participantes semblent suggérer que le simple fait que leur enfant mange est important. C'est l'attitude de quelques mères du groupe de discussion : « Les enfants mangent toujours. Ne refuse pas de leurs donner à manger. » *(Les enfants mangent toujours. Il ne faut pas leurs refuser de la nourriture.)* et « donne le choix aux enfants. Maman fait deux mets séparés si elle fait un met qu'elle sait que les enfants n'aimeront pas. » *(Lors des repas, il faut donner des choix aux enfants, tout comme la préparation de deux mets différents s'il est certain qu'un enfant n'aimera pas une des options.)*

Il y a plusieurs possibilités d'interprétation qui sous-tendent la valeur de l'alimentation saine. Les mères de notre groupe ont peut-être eu tendance à répondre ce dont nous voulions entendre, de manière à convenir indirectement aux critères d'une bonne participante. C'est une possibilité inévitable lorsqu'on met sur pied un groupe de discussion. De plus, plusieurs participantes ont déclaré qu'au moins un de leurs enfants avait des allergies ou des intolérances alimentaires. Il s'agit d'un propos intéressant et peu élaboré, voire quasiment pas mentionné dans la revue de la littérature concernant les perceptions parentales des habitudes alimentaires. Pour la plupart des participantes l'allergie de leur enfant exerçait une pression particulièrement ressentie par la mère vu qu'il lui incombait de préparer les mets. Ceux-ci devaient être composés d'ingrédients « de base » sélectionnés avec plus de précaution, ce qui par extension incite la famille à manger plus sainement. Le niveau d'éducation particulièrement élevé de nos participantes explique en principe le fait qu'elles valorisent une bonne alimentation. L'éducation expliquerait à plus forte raison leurs affinités avec la problématique de notre étude; par exemple, elles connaissent l'information du guide alimentaire et les effets d'une mauvaise alimentation sur la santé. Finalement, il se peut que les participantes aient voulu se présenter favorablement devant les chercheurs et les autres participantes. Les participantes avaient déjà remarqué qu'il s'exerçait en société une pression d'être le « parent parfait ». Il est probable que leurs commentaires découlent d'une résistance à ladite pression sociale.

Lors des discussions les mères se sont accordées le rôle au sein de la famille de préparer les mets et de faire les courses, tandis que le père avait plutôt le rôle de fournir des gâteries (par exemple : les bonbons) de temps en temps. Les mères ont mentionné que les enfants avaient aussi un rôle significatif dans la famille. Pour la plupart des participantes les habitudes

alimentaires s'étant améliorées après la naissance de leur enfant, ces derniers semblent avoir incité la famille à bien manger.

Une autre valeur mentionnée par les participantes est celle d'organiser ouvertement les bonnes habitudes alimentaires face à ses enfants; c'est aussi une valeur qu'on retrouve dans l'étude de Styles et ses collègues (2007). Ainsi les mères admettent que si elles désirent céder à la tentation de manger la bouffe « malsaine », elles attendent que les enfants soient endormis: « Important que les parents soient des modèle – si ils mangent des gâteries, ils mangent après les enfants sont en dormi » (*Il est important pour les parents d'être de bons modèles parentales. Ainsi, si ils consomment de la bouffe « malsaine », ils le font seulement après le coucher des enfants, pour ne pas que ceux-ci aient connaissance.*)

Finalement, tous les discours de nos participantes semblent s'inscrire au sein d'une valeur centrale : celle d'être en famille. Il se peut que les participantes mettent plus d'importance sur une bonne alimentation puisque, à part les bénéfices pour la santé de leur enfant, cela s'inscrit convenablement dans leurs fonctions familiales quotidiennes. Les mères ont souvent mentionné l'importance de se rassembler en famille pour les repas, souvent reportant le souper afin d'attendre le père qui travaille plus tard, si ce n'est que pour « ... [avoir] plus de temps avec les enfants ». À plus forte raison les mères assuraient la qualité des interactions entre les membres de la famille en interdisant les ordinateurs et les autres électroniques durant les repas. Du coup ceci inculque en l'enfant la signification des valeurs sociales et interpersonnelles.

En ce qui concerne les perceptions parentales, les mères ont fait preuve d'un bon raisonnement sachant discerner les « bons » et les « mauvais » aliments. Certaines mères paraissaient utiliser des méthodes restrictives pour gérer la consommation d'aliments chez leur

enfant. Les participantes ont avoué qu'elles interdisaient les friandises et les aliments malsains durant la semaine, mais en permettaient la consommation durant la fin de semaine : « Mange pour la plupart organique. Une fois par semaine ils ont une pizza, moins saine, mais les autres mets sont tous saines. » (*Ils mangent la plupart du temps organique. Une fois par semaine, cependant, ils commandent une pizza, ce qui est moins bon pour la santé. Par contre, les autres mets sont toujours de santé*). Il semblerait avoir une relation entre la valeur d'une bonne alimentation maintenue durant la semaine accompagnée d'un répit durant la fin de semaine et la valeur d'être en famille qui est renforcée pour la plupart durant la fin de semaine. Ainsi, la consommation d'aliments malsains est souvent associée aux situations amusantes qui sont valorisées en famille la fin de semaine. Par conséquent, on renforce le désir que les enfants éprouvent pour la « mauvaise » nourriture.

Malgré les bonnes intentions des parents, ces types de stratégies ne font qu'augmenter l'attrait des aliments interdits et ainsi leur surconsommation (Birch & Fisher, 1998). Les pratiques parentales qui restreignent et contrôlent l'alimentation enfreignent les habiletés d'autorégulation et promeuvent la surconsommation des « mauvais » aliments, ce qui augmente le risque d'embonpoint (Birch & Fisher, 1998). En guise de stratégie, une mère soutient qu'on peut éviter la tentation chez les enfants de consommer cette nourriture malsaine en évitant les allées de l'épicerie qui étalent ces nourritures.

Groupe Activité Physique

Le dernier groupe de discussion porta sur le thème de l'activité physique. Lors des discussions de ce groupe, la valeur de passer du temps en famille a été nommée. Les participantes ont déclaré que l'activité physique est quelque chose qui doit être fait pour le plaisir

et doit s'inscrire dans les activités familiales, comme le disent les deux mères suivantes : « Pas toujours une chose conscient mais la plupart du temps on devient actif juste parce que c'est des choses que la famille aime faire » (*L'activité physique n'est pas toujours quelque chose de conscient, mais on en fait parce que c'est quelque chose qui s'inscrit bien dans les activités familiales* ; et lorsqu'ils font de l'activité physique ils « Engage toute la famille, d'habitude les dimanches, ils décident ensemble à faire quelque chose. » (*D'habitude les dimanches, toute la famille décident ensemble d'une activité à faire.*)

Selon les parents, l'activité physique devrait être quelque chose de plaisant et faire partie de leur style de vie. Les mères insistent qu'il ne devrait pas avoir trop de pression sur leurs épaules en vue d'organiser des activités physiques. Comme le dit une participante du groupe, il ne « faut pas se stresser pour faire de l'exercice, ça devrait être quelque chose de plaisant, votre style de vie ». (*Faire de l'activité physique ne devrait pas être une source de stress, mais plutôt quelque chose qui fait partie de son style de vie.*)

Les mères ont discuté de leur vie surchargée de responsabilités. On peut comprendre que l'activité physique ne figure pas en tant que priorité quotidienne, c'est probablement le cas pour la plupart des parents. Néanmoins, les participantes partageaient une même espèce de culpabilité, sachant qu'elles n'implémentaient pas l'activité physique dans la vie de leur enfant. Elles constatent que leurs enfants sont suffisamment actifs à l'école ou à la garderie pendant la journée, et que c'est plutôt leur responsabilité parentale de fournir du temps de relaxation. La perception que les enfants d'âge préscolaire sont suffisamment actifs naturellement, que l'école s'occupe de la dépense d'énergie, et que les parents ont plutôt la responsabilité de fournir du temps de relaxation est aussi traitée dans une autre étude qualitative qui s'intéresse aux

perceptions parentales quant à l'activité physique (Hinkley et al., 2011). Une de nos participantes se prononce ainsi :

Maman est trop occupée et elle doit décider entre jouer activement ou avoir du temps de qualité à visionner un film. Maman sait qu'elle est active à l'école et donc ce n'est pas important à penser à comment incorporer l'activité physique dans leur vie, mais important à pensé comment prendre du temps de qualité avec maman. *(La mère est trop occupée. Elle a le choix de soit jouer activement avec sa fille ou passer du temps de qualité avec elle. La mère reconnaît que sa fille fait de l'activité physique à l'école, alors ce n'est pas quelque chose qu'elle doit s'inquiéter.)*

Cette perception s'inscrit dans la valeur d'être en famille parce que pour ces parents la fin de la journée et les fins de semaines sont des moments destinés à passer du temps de qualité en famille. Le fait que les participantes perçoivent l'activité physique pour les enfants comme étant déjà comblée peut servir d'excuse afin de réduire leur sentiment de culpabilité. De toute façon c'est une perception inquiétante et potentiellement problématique pour les interventions qui cherchent l'appui des parents pour augmenter l'activité physique à l'extérieur de l'école. Ainsi, tout comme les parents qui ne perçoivent pas l'embonpoint de leur enfant (Maynard et al., 2003); si les parents ne perçoivent pas le besoin d'implémenter de l'exercice à la fin de la journée, ils seront moins portés à appliquer l'information donnée par les programmes d'interventions à l'obésité infantile.

Tout comme dans l'étude de Zehle et ses collègues (2007) dans laquelle les parents ne considéraient les méthodes alimentaires restrictives que si le poids de leur enfant devenait problématique; les mères de notre groupe de discussion croient que l'activité physique n'est nécessaire que si le bien-être de l'enfant n'est pas optimal. Lorsque nous avons demandé quand il serait nécessaire de faire de l'activité physique une mère du groupe a répondu : « Dépends de l'âge de l'enfant. Assez c'est si tout va bien (...) Si quelque chose est mal, par exemple elle est trop fatigué ou ne se sens pas bons, c'est l'indicateur que elle a besoin de l'activité physique ».

(Si l'enfant se sent bien et est en santé, les parents n'ont pas besoin d'augmenter l'activité physique. On l'augmente seulement si l'on considère que l'enfant n'est pas à son mieux.) Les participantes de nos groupes de discussion semblent se justifier en affirmant que leur quotidien est surchargé; le souci d'une bonne santé n'étant revendiqué que si un problème se manifeste. Les implications se répercutent jusqu'aux programmes d'interventions d'obésité infantile qui arrivent rarement à intervenir avec succès une fois que l'embonpoint a été identifié (Pinhas-Hamiel & Zietler, 2000). De plus, une fois que les préférences alimentaires (Birch, 1999) et les habitudes sédentaires sont instaurées (Davidson & Birch, 2001), il est difficile de les modifier pour adopter un style de vie santé.

Alors que les participantes du groupe de discussion sur l'alimentation ont déclaré que l'arrivée des enfants a influencé les habitudes alimentaires, ce groupe-ci déclare le contraire en ce qui concerne l'activité physique. Les participantes avouent qu'elles étaient toutes plus ou moins actives physiquement avant l'arrivée de leurs enfants et que depuis elles n'ont pas le temps de faire de l'exercice. Une mère affirme qu'elle et son mari étaient actifs lorsqu'ils se sont rencontrés et pratiquaient plusieurs sports ensemble avant la naissance de leurs enfants :

« Maman était vraiment active avant son enfant et n'est pas tellement active maintenant parce qu'elle est trop occupée et elle sait maintenant qu'elle a besoin de commencer encore un jour. »

(Avant les enfants, la mère faisait beaucoup de l'activité physique. Malgré qu'elle reconnaît les bienfaits de l'activité physique, elle se retrouve beaucoup trop occupée depuis ses enfants)

Les participantes ont relevé plusieurs barrières qui empêchaient l'activité physique chez leurs enfants d'âge préscolaire. Ces barrières ont aussi été notées par d'autres parents dans des études qualitatives qui s'intéressaient à leurs perceptions. Les parents de mon étude ont identifié les hivers froids et de longue durée (Hinkley et al., 2011; Irwin et al., 2005), leur environnement

(Hinkley et al., 2011), la sécurité de leur maison et des parcs extérieurs (Hinkley et al., 2011; Irwin et al., 2005; Sytles et al., 2007). Les mères de notre étude ont déclaré également qu'il était difficile d'être créatives et d'inventer de nouveaux jeux : « la maison est trop petit pour être beaucoup actif. Maman a de la difficulté à être créative pour trouver des jeux à jouer chez eux » (*Il manque d'espace dans la maison de la mère pour faire des activités physiques. Elle relate que dans cette condition, il est difficile d'être créative et de proposer des nouvelles activités*) et « si ce n'est pas pour le plaisir ou le social ce n'est pas quelque chose que elle veule faire. » (*L'enfant sera plus portée à participer dans l'activité si elle sait qu'elle aura du plaisir ou si cela permettra du temps pour socialiser avec ses amies*). Parmi les autres barrières on note le manque de temps dans une journée très occupée (Hinkley et al., 2011; Irwin et al., 2005; Styles et al., 2007); les caractéristiques de l'enfant telles que l'âge, le tempérament et la personnalité (Hinkley et al., 2011; Irwin et al., 2005); l'argent et les ressources disponibles dans la communauté (Irwin et al., 2005; Styles et al., 2007), ainsi que le support familial (Hinkley et al., 2011).

Malgré les barrières identifiées, les parents savent que l'activité physique est capitale et proposent même quelques stratégies afin de l'implémenter dans la vie de leur enfant. Elles proposent d'inviter les amis de leur enfant à la maison pour qu'ils s'amuse ensemble. Cette stratégie parentale revient dans plusieurs études qualitatives; la présence de pairs motive en augmentant l'activité physique des enfants (Hinkley et al., 2011; Irwin et al., 2005). Quelques parents ont aussi proposé des exemples d'activités non-organisées à faire avec leur enfant telles que n'importe quoi qui fait bouger, dépenser l'énergie, tout comme sauter sur un vieux sofa, les batailles d'oreillers, prendre des marches et les « partys » de danses. Les participantes donnent aussi l'exemple d'inscrire leur enfant dans des sports organisés. Selon elles, « avoir des activités organisées, tels que des sports, aide avec la culpabilité ». Selon l'étude de Zecevic et ses

collègues (2010), les enfants sont mieux disposés à participer aux activités physiques quand ils sont encouragés par leurs parents.

Conclusions Générales

Parmi les limites de cette étude il faut noter d'abord la méthode d'échantillonnage pour recruter les participantes. Il a été difficile de recruter des participantes en raison des caractéristiques particulières que demandait cette recherche : mères francophones avec au moins un enfant d'âge préscolaire. Afin d'avoir un nombre suffisant de personnes pour entamer les discussions, quelques-unes des participantes ont apporté leur amie aux sessions. Puisque la communauté francophone de Sudbury est restreinte, quelques-unes des participantes se connaissaient déjà. Cette connaissance a priori facilitait les introductions et a aiguillonné une véritable camaraderie entre les participantes. En revanche, cette familiarité a sans doute influencé la dynamique et déterminé ce que les participantes ont décidé de partager. Donc, les participantes qui se connaissent auparavant sont généralement moins gênées et discutent plus facilement. Cependant, ceci pourrait aussi apporter un biais : les personnes qui se connaissent pourraient être plus portées à répondre la « bonne chose » ou être en accord avec leur amie que devant un groupe d'étrangères.

Pour contrôler les biais possibles, en tant que modérateur de chaque session, je tâchais de créer une atmosphère ouverte et d'encourager le partage de différentes opinions au sein du groupe. Les participantes écrivaient aussi leurs opinions et leurs idées sur un calepin privé et ainsi pouvaient se garder de l'influence des autres. Après avoir ramassé les calepins à la fin de chaque sessions, nous avons constaté que les réponses par écrit et à haute voix étaient similaires.

Ces démarches ont été prises afin de minimiser les biais que pourraient présenter les mères qui se connaissaient déjà.

Cela dit, je crois que les groupes de discussions composés d'un mélange de mères qui se connaissent et d'étrangers furent un atout aux discussions et des résultats qui en découlent. Si une des participantes renonçait de partager ses expériences en raison d'une gêne devant les mères qu'elle ne connaissait pas, il se peut qu'une présence familière ait pu rompre ceci. Même si une participante pourrait être portée à suivre l'opinion de son amie, il y avait amplement de participantes étrangères pour apporter une variété d'opinions et les désaccords étaient librement exprimés durant les sessions.

La littérature ne nous fournit pas le nombre idéal de participants par groupe de discussion; on varie, par conséquent, entre 4 à 10 individus (Kitzinger, 1995; Krueger & Casey, 2009; Patton, 2002). Il semble que le consensus est de reproduire les différents groupes de discussions à quelques reprises à l'intérieur d'une étude avec une population conforme, pour permettent les chercheurs de déterminer les tendances qui émergent de ladite population (Kitzinger, 1995; Krueger & Casey, 2009). En principe nous aurions voulu diriger plus qu'un groupe de discussion par thème, soit l'obésité et l'image corporelle, l'alimentation et l'activité physique. En raison de la difficulté de solliciter la participation des parents de cette population, cette étude n'a pu mener qu'un seul groupe de discussion pour chaque thème de santé, ce qui diminue la fiabilité des résultats. Pourtant, il importe de noter qu'il y avait des affinités entre les tendances et les thèmes élaborés par les parents dans tous les différents groupes de discussion. Par exemple, une alimentation saine était une valeur partagée dans le groupe de discussion d'obésité et d'alimentation; la valeur d'être en famille se retrouvait dans le groupe de l'alimentation et de l'activité physique. Le fait que les groupes de discussion ne comportaient pas

toujours les mêmes parents accroît donc le nombre de parents avec ses mêmes opinions, ce qui pourrait contrebalancer un peu le manque de reproduction de différents groupes de discussion. Ainsi, les recherches ultérieures pourront reprendre les mêmes thèmes de santé en organisant plusieurs groupes de discussion en vue de comparer les résultats et de déterminer quelles valeurs et quelles perceptions demeurent constantes. De plus, il serait intéressant d'utiliser un échantillon de participantes plus diversifié au niveau de la culture et de l'éducation, afin d'observer si cela modifie les résultats.

Il serait aussi bénéfique de considérer le point de vue des pères d'enfants préscolaires. Il y a présentement une pénurie de recherche en ce qui concerne les perceptions des pères au sujet de la santé de leur enfant. Selon certaines études les pères font plus d'erreurs dans l'estimation du poids de leur enfant que les mères (Jeffery, Voss, Metcalf, Alba, & Wilkin, 2005; Snethen et al., 2008). Une étude en particulier a conclu qu'avoir un père obèse ou avec de l'embonpoint et une mère de poids normal augmentaient les chances que l'enfant soit aussi obèse (Freeman et al., 2012). Toutefois, cette conclusion ne fait pas l'unanimité (Snethen et al., 2008). De plus, malgré avoir avoué que leurs enfants s'engageaient dans des activités sédentaires, les pères qui percevaient une plus haute consommation de fruits et de légumes chez leur enfant jugeaient que l'activité physique était un facteur important pour la santé (Snethen et al., 2008). Ceci va à l'encontre des perceptions des mères de notre étude qui estimaient que seulement une bonne alimentation était bénéfique et que l'activité physique était moins importante. De plus, les mères de notre étude percevaient le rôle du père au sein de la famille comme étant très différent de leur rôle. Selon les mères leurs responsabilités parentales consistaient à préparer les repas et faire l'achat d'aliments de santé pour la famille. Elles percevaient le père comme étant le parent qui gâte les enfants en apportant de la nourriture malsaine à la maison. Il serait intéressant de voir si

les pères sont du même avis. Si les mères ont raison, on pourrait s'attendre à des résultats très différents quant aux valeurs, attitudes, perceptions et stratégies que les pères emploient en ce qui a trait au développement de leurs enfants. Si notre étude était répliquée auprès des pères, on pourrait s'attendre à des résultats qui non seulement ajouteraient de l'information à la problématique de l'obésité infantile, mais aussi renforceraient l'argument d'impliquer toute la famille lors des interventions axées sur la modification des habitudes alimentaires et l'augmentation de l'activité physique (Snethen et al., 2008). En effet, Snethen et ses collègues (2008) suggèrent l'implication des pères dans le développement de ces interventions au sein de la famille en plus de leur participation dans l'implémentation des recommandations.

Le niveau d'éducation élevé des participantes pourrait présenter une autre limite de cette étude. La littérature antérieure fournit des résultats hétérogènes. Par exemple, le niveau d'éducation des mères ne semble pas prédire la précision de leur estimation du poids de leur propre enfant préscolaire (L. Tremblay et al., 2012; Warschburger & Kröller, 2009). Cependant, une autre étude postule que les mères ayant un niveau d'éducation qui se situe dans la moyenne étaient plus en mesure d'identifier correctement une silhouette générale d'un enfant avec de l'embonpoint (Warschburger & Kröller, 2009). D'autre part, les mères avec un niveau d'éducation collégiale rapportent mettre de la pression à manger, tel qu'exiger une assiette vide à la fin d'un repas, comme stratégie alimentaire envers leur enfant, et non les mères avec un diplôme secondaire ou universitaire (L. Tremblay et al., 2012). En outre, les mères avec un niveau d'éducation plus élevé semble percevoir que les silhouettes avec de l'embonpoint sont plus à risques de problèmes de santé physique et mentale (Warschburger & Kröller, 2009).

Ainsi, il semblerait que l'influence de l'éducation des mères sur leurs perceptions des aspects et facteurs liés à l'obésité infantile n'est pas encore claire. Cela dit, la présente étude mérite d'être répliquée en combinant des aspects de recherche qualitative et quantitative afin de déterminer avec précision la relation « cause à effet » entre les perceptions des parents et leur niveau d'éducation.

En ce qui concerne l'âge élevé de mes participantes, l'étude de L. Tremblay et ses collègues (2012) a utilisé une population de mères dont les caractéristiques sociodémographiques sont très similaires à la mienne. En effet, les chercheurs de cette étude ont sollicité la participation des mères francophones de la ville de Sudbury, tout comme la présente étude. Les résultats statistiques de cette étude démontrent que l'âge des parents (l'âge moyen était dans la trentaine) ne déterminait pas leur estimation du poids de leur enfant, ni les stratégies employées pour l'alimentation de leur enfant préscolaire. Il est ainsi très probable que l'âge des parents de notre étude n'aurait pas eu d'effet sur les résultats.

Les mères de notre étude avaient plus qu'un enfant par ménage, mais nous ne considérons pas que ceci ait influencé les résultats obtenus. Le nombre d'enfants par ménage est traité dans la littérature antérieure et les résultats diffèrent seulement par des instants plutôt spécifiques liés à la vie avec plusieurs enfants plutôt que de tendances générales des valeurs, attitudes et perceptions que tiennent les parents. Par exemple, avoir plus qu'un enfant est souvent vu comme étant une barrière à l'alimentation, étant donné les préférences alimentaires de chaque enfant et le désaccord qui s'ensuit lors des repas familiaux (Pocock et al., 2009). Les parents estiment que l'organisation et la coordination de l'horaire des activités parascolaires de leurs enfants est une autre barrière (Lopez-Dicastillo et al., 2010). Plusieurs études ont discuté de la difficulté d'avoir des enfants de poids variés dans la famille (Pocock et al., 2009). Plus précisément, elles discutent

du sentiment de devoir priver leur enfant de poids normal d'aliments moins sains (souvent perçus comme des récompenses) vu le régime alimentaire « santé » que suit l'autre enfant souffrant d'embonpoint (Pocock et al., 2009). Il y a des parents qui discutent de leurs enfants avec de l'embonpoint comme étant victimes de moqueries à cause de son poids par leur sœur ou leur frère (Styles et al., 2007). Finalement, un autre effet d'avoir plusieurs enfants par ménage est que la télévision sert souvent de gardienne afin que les parents puissent se concentrer sur un enfant à la fois (Pocock et al., 2009). Donc, je ne crois pas que la présence de plus d'un enfant par ménage affecte les tendances générales des parents quant à leurs valeurs, attitudes, perceptions et stratégies liées à la problématique de l'obésité infantile. Pourtant cela apporte de l'information en surplus à l'intérieur des thèmes relevés.

La présence des chercheuses lors des sessions peut être un facteur qui a influencé les discussions. Les discussions étaient centrées sur les thèmes de l'obésité, l'image corporelle, l'alimentation et l'activité physique et puisque les deux chercheuses principales et l'assistante de recherches se retrouvaient dans la norme de l'indice de masse corporelle, il se peut que ceci ait influencé ce que les participantes décidaient de partager avec le groupe. Les prochaines recherches pourront aussi songer à utiliser divers mesures telles qu'une méthode quantitative et un journal alimentaire et d'activités physiques. Ceci occasionnera une meilleure comparaison entre les perceptions parentales et la réalité; les interventions pouvant modifier les habitudes alimentaires et d'exercice de manières plus effectives et personnalisées.

Pour conclure, l'objectif de cette thèse était de déterminer les valeurs, les attitudes et les perceptions des parents d'enfants préscolaires, en vue d'aider au développement d'interventions préventives de l'obésité infantile. Il est indubitable que tenir compte des perceptions, des valeurs, des situations familiales et économiques, sont des facteurs significatifs qui informent les

programmes d'interventions. À la fin des groupes de discussions, un questionnaire a été envoyé par courriel aux mères qui ont participé à notre étude. Les questions étaient générales; de l'ordre sociodémographiques; si elles étaient satisfaites du déroulement du groupe de discussion, ainsi que leurs suggestions pour les interventions de l'obésité infantile.

Les réponses que nous avons reçues attestent du besoin d'une collaboration entre les intervenants et les parents; ceux-ci doivent travailler ensemble afin de produire des programmes d'interventions effectifs, conçus spécifiquement pour chaque famille. C'est l'opinion des parents de cette étude; c'est-à-dire, ceux qui recevront et appliqueront l'information des habitudes alimentaires et d'activité physique, que les programmes d'interventions devraient être axés sur l'aspect familial. Les participantes de notre étude ont primé les interventions personnalisées étant donné que quelques-unes parmi elles avaient au moins un enfant souffrant d'allergies. Un programme qui prend en considération les aliments que ses enfants ne peuvent pas consommer et qui proposent des substitutions commodes sera plus acclamé de succès. Dans l'étude de Cunningham-Sabo et ses collègues (2008), les familles Navajo ont aussi recommandé des programmes personnalisés. Celles-ci cherchaient à rectifier les programmes d'interventions qui suggéraient des pistes telles que l'achat d'aliments santé frais qui n'étaient pas toujours disponibles et souvent coûteux.

Quelques participantes ont suggéré de développer des cours durant et après les heures d'école qui enseigneraient aux parents et aux enfants comment cuisiner des mets de santé en famille. C'est l'avis des chercheurs de cette étude que ces interventions seraient bien reçues parce qu'elles ciblent les perceptions des parents en tenant compte de leurs valeurs centrales d'être en famille et d'être le modèle parental des habitudes de vie saines pour leur enfant.

Références

- Anderson, J. D. (2006). Qualitative and quantitative research. *Grants and Evaluation office*.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1), 1-103.
- Birbeck, D., & Drummond, M., 2006, 'Very young children's body image: bodies and minds under construction', *International Education Journal*, vol. 7, no. 4, pp. 423-434
- Birch, L. L. (1999). Development of food preferences. *Annals Review of Nutrition*, 19, 41-92.
- Birch, L. L., & Deysher, M. (1986). Caloric compensation and sensory specific satiety: Evidence for self regulation of food intake by young children. *Appetite*, 7(4), 323-331.
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(3), 539-549.
- Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C.N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the child feeding questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36(3), 201-210.
- Birmingham, C. L., Muller, J. L., Palepu, A., Spinelli, J. J., Anis, A. H. (1999). The cost of obesity in Canada. *CMAJ*, 160: 483-488.
- Boutelle KN, Birnbaum AS, Lytle LA, Murray DM, Story M. (2003). Associations between perceived family meal environment and parent intake of fruit, vegetables, and fat. *Journal of Nutritional Education and Behavior*, 35(1):24-29.
- Brown, D. B. (2004). *About obesity: Health consequences of obesity and morbidity*. Accédé le 19 décembre 2010, du site web « International Obesity Task Force »: <http://www.obesity.chair.ulaval.ca/IOTF.htm>
- Canning, P., M., Courage, M. L., Frizzell, L. M. (2004). Prevalence of overweight and obesity in provincial population of Canadian preschool children. *CMAJ*, 171(3): 240-242.
- Carr, D. & Friedman, M. A. (2005). Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 244-259.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Colley, R. C., Garriguet, D., Jansen, L., Craig, C., Clarke, J., & Tremblay, M.S. (2011). Physical activity of Canadian children and youth: Accelerometer results from the 2007-2009 Canadian health measures survey. *Health Report*, 22(1), 15-23.

- The Canadian Society for Exercise Physiology-CSEP, (2012b). *Canadian Physical Activity Guidelines for the Early Years (aged 0-4)*. Retrieved from <http://www.csep.ca/guidelines> (April 1st 2012).
- Costanzo, P. R., & Woody, E. Z. (1985). Domain-specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: The example of obesity proneness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3, 425-445.
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 882-894.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage Publications, Inc, Thousand Oaks, CA.
- Cunningham-Sabo L, Bauer M, Pareo S, Phillips-Benally, Roanhorse J., & Garcia L. (2008). Qualitative investigation of factors contributing to effective nutrition education for Navajo families. *Maternal Child Health Journal*, 12: S68-S75.
- Davison, K. K., Birch, L. L. (2001). Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research. *Obesity Review*, 2, 159-171.
- Davison, K. K., Markey, C. N., & Birch, L. L. (2000). Etiology of body dissatisfaction and weight concerns among 5-year-old girls. *Appetite*, 35(2), 143-151.
- Dietz, W. H. (1998). Health consequences of obesity in youth: Childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 101(3), 518-525.
- Drewett, R. (2007). *The nutritional psychology of childhood*. Cambridge University Press, New York, NY.
- Dunn, C., Kelsey, K., Mathews, W. & Sledge, L.M. (2004). Body-image, self-esteem, and nutrition concerns of parents of 6th- and 8th-grade students. *Journal of Extension* [Online], 42(5) Article 5RIB5.
- Evans, G. W., Fuller-Rowell, T., & Doan, S. N. (2012). Childhood cumulative risk and obesity: The mediating role of self-regulatory ability. *Pediatrics*, 129(1), e68-e73. doi:<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2010-3647>
- Freedman, D. S., Mei, Z., Srinivasan, S. R., Berenson, G. S., Dietz, W. H. (2007). Cardiovascular risk factors and excess adiposity among overweight children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *The Journal of Pediatrics*, 150(1), 12-17. e12.
- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008) Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British Dental Journal* 204: 291-295.
- Hanley, A. J. G., Harris, S. B., Gittelsohn, J., Wolever, T. M. S., Saksvig, B., & Zinman, B. (2000). Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community: prevalence and associated factors. *Am J Clin Nutr*, 71(3), 693-700.

- Harris, K. C., Kuramoto, L. K., Schulzer, M., Retallack, & J. E. (2009). Effect of school-based physical activity interventions on body mass index in children: A meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 180(7), 719-726.
- Heron, K.E., Smyth, J.M., Akano, E., & Wonderlich, S.A. (2013). Assessing Body Image in Young Children : A Preliminary Study of Racial and Developmental Differences. *SAGE Open*. Vol 3 (1). 1-8.
- Hinkley, T., Salmon, J., Okely, A. D., Crawford, D., & Hesketh, K. (2011). Influences on preschool children's physical activity: Exploration through focus groups. *Family & Community Health*, 34(1), 39-50.
- Hughes, A. R., Farewell, K., Harris, D., & Reilly, J. J. (2007). Quality of life in a clinical sample of obese children. *International Journal of Obesity*, 31(1), 39-44.
- Irwin, J. K., He, M., Bouck, L. M. S., Tucker, P., & Pollett, G. L. (2005). Preschoolers' physical activity behaviours: Parents' perspectives. *Canadian Journal of Public Health*. 96(4), 299-303.
- Jeffery, A. N., Voss, L. D., Voss, Metcalf, B. S., Alba, S., & Wilkin, T. J. (2005). Parents' awareness of overweight in themselves and their children: cross sectional study within a cohort. *British Medical Journal*, 330(7481), 23.
- Jones, A. R., Parkinson, K. N., Drewett, R. F., Hyland, R. M., Pearce, M. S., & Adamson, A. J. (2011). Parental perceptions of weight status in children: The gateshead millennium study. *International Journal of Obesity*, 35(7), 953-962.
- Katzmarzyk, P. T., Janssen, I. (2004) The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 29: 90–115.
- Keith, S.W., Redden, D.T., Katzmarzyk, P.T., Boggiano, M.M., Hanlon, E.C., Benca, R.M., ... Allison, D.B. (2006). Putative contributors to the secular increase in obesity: exploring the roads less traveled. *International Journal of Obesity*, 30, 1585-1594.
- Kitzinger, J. (1995) Introducing focus groups. *British Medical Journal* 311: 299-302.
- Kourlaba, G., Kondaki, K., Grammatikaki, E., Roma-Giannikou, E., & Manios, Y. (2009). Diet quality of preschool children and maternal perceptions/misperceptions: The genesis study. *Public Health*, 123(11), 738-742.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009) *Focus Groups : A Practical Guide for Applied Research*. (4th ed) Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Leibson, C. L., Williamson, D. F., Melton III, L. J., Palumbo, P. J., Smith, S. A., Ransom, J. E., Schilling, P. L., Venkat Narayan, K. M. (2001). Temporal Trends in BMI among Adults with Diabetes. *Diabetes Care*, 24, 1584-1589.

- Lopez-Dicastillo, O., Grande, G., & Callery, P. (2010). Parents' contrasting views on diet versus activity of children: Implications for health promotion and obesity prevention. *Patient Education and Counseling*, 78(1), 117-123.
- Maccoby, EE and Martin, JA. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P Mussen and EM Hetherington, editors, *Handbook of Child Psychology*, volume IV: Socialization, personality, and social development, chapter 1, pages 1-101. New York: Wiley, 4th edition.
- Marchand, V. (a collaborative statement from the Dietitians of Canada, Canadian Paediatric Society; The College Of Family Physicians Of Canada; Community Health Nurses of Canada). Promoting optimal monitoring of child growth in Canada: using the new WHO growth charts. Collaborative Statement of the Dietitians of Canada, Canadian Paediatric Society, The College Of Family Physicians Of Canada, and Community Health Nurses of Canada. 2010. Disponible au <http://www.cps.ca/english/publications/cps10-01.htm>.
Accédé le 30 décembre, 2013.
- Maynard, M., Galuska, D. A., Blanck, H. M., & Serdula, M. K. (2003). Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics*, 111(5), 1226-1231.
- Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., and White, D. R. (2001). Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults. *Journal of Personality Assessment*, 76(1), 90-106.
- Moore, S. N., Tapper, K., & Murphy, S. (2010). Feeding goals sought by mothers of 3-5-year-old children. *British Journal of Health Psychology*, 15(1), 185-196.
- Morgan, D. L. (1996). Focus Groups. In J. Hagan & K. S. Cook (Eds.), *Annual Review of sociology* (Vol. 22, pp.129-152). Palo Alto, CA.
- Morgan, D. L. (1997) *Focus Groups as Qualitative Research*. (2nd ed) Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Morgan, D.L. (1998). *The Focus Group Guidebook*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. Vol. 1 of Focus Group Kit
- Must, A., & Strauss, R. S. (1999). Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *International Journal of Obesity*, 23, S2-S11.
- Myers, D. G., & Huergeta, T. (1997). *Psychologie*. Paris: Flammarion médecine-sciences.
- Ogden C, Carroll M. Prevalence of obesity among children and adolescents: United States, trends 1963-1965 through 2007-2008. Accédé au site web "National center for health statistics, Center for Disease Control and Prevention" [Accédé en 2010]
http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_child_07_08/obesity_child_07_08.pdf.
- Patton, M. Q. (2002) *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3rd ed) Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Pocock, M., Trivedi, D., Wills, W., Bunn, F., & Magnusson, J. (2009). Parental perceptions regarding healthy behaviours for preventing overweight and obesity in young children: a systematic review of qualitative studies. *Obesity Review*, 11, 338-353.
- Pinhas-Hamiel, O., & Zeitler, P. (2000). "Who is the wise man?--the one who foresees consequences": Childhood obesity, new associated comorbidity and prevention. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 31(6), 702-705.
- Puhl, R., & Brownell, K. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9, 788-805.
- Reilly, J. J., Jackson, D. M., Montgomery, C., Kelly, L. A., Slater, C., Grant, S., & Paton, J. Y. (2004). Total energy expenditure and physical activity in young scottish children: Mixed longitudinal study. *The Lancet*, 363(9404), 211-212.
- Reilly, J.J, Kelly, L., Montgomery, C., Willamson, A., Fisher, A., McColl, J. H., ... Grant, S. (2006). Physical activity to prevent obesity in young children; cluster randomized controlled trial. *BMJ*, 333(7577), 1041.
- Rhee, K. E., Lument, J. C., Appugliese, D. P., Kaciroti, N., & Bradley, R. H. (2006). Parenting style and overweight status in first grade. *Pediatrics*, 117(6), 2047-2054.
- Robert, K.C., Shields, M., de Groh, M., Aziz, A., & Gilbert, J-A. Overweight and obesity in children and adolescents : Results from the 2009-2011 Canadian health measures survey. *Health Reports*. 2012; 23(3): 7.
- Schwartz, S. H. (1994). Are there universal aspects in the structure and contents of human values? *Journal of Social Issues*, 50(4), 19-45.
- Schwitzgebel, E., "Belief", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2011 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL=<<http://plato.stanford.edu/archives/win2011/entries/belief/>>.
- Sharma, A. M., & Padwal, R. (2009). Obesity is a sign – over-eating is a symptom: an aetiological framework for the assessment and management of obesity. *Obesity Reviews*, 11, 362-370.
- Sikorski, C., Riedel, C., Lupp, M., Schulze, B., Werner, P., König, H., & Riedel-Heller, S. (2012). Perception of overweight and obesity from different angles: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(3), 271-277.
- Snethen, J. A., Broome, M. E., Kelber, S., Leicht, S., Joachim, J., & Goretzke, M. (2008). Dietary and physical activity patterns: Examining fathers' perspectives. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(3), 201-211.
- Société Canadienne de Physiologie de l'exercice – SCPE (2012a). *Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire pour la petite enfance – de 0 à 4 ans*. Retiré de site

- web http://www.csep.ca/CMFiles/Directives/SBGuidelines_Early_Years_FR.pdf (le 28 octobre 2012).
- Styles, J. L., Meier, A., Sutherland, L. A., & Campbell, M. K. (2007). Parents' and caregivers' concerns about obesity in young children: A qualitative study. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*, 30(4), 279-295.
- Taylor, A., & Ogden, J. (2009). Avoiding the term 'obesity': An experimental study of the impact of doctors' language on patients' beliefs. *Patient Education and Counseling*, 76(2), 260-264.
- Thompson, M. A., Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personal Assessment*, 64(2):258–269.
- Timmons, B. W., Naylor, P. -J., & Pfeiffer, K. (2007). Physical activity for pre-school children — how much and how? *Journal of Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*. 32 (Suppl. 2E), 122-134.
- Tremblay, L., Rinaldi, C., Cimon-Lambert, K., & Larivière, M. (2012). Toward an effective prevention of pediatric obesity; the role of parental feeding strategies and body weight perceptions on the development of young children' healthy eating habits. In: *Advances in medicine and biology*. Volume 28, chap III, Leon V. Berhardt Ed. Hauppauge, NY : Nova Science Publishers Inc. ISBN 978-1-61324-359-6
- Tremblay, L., Rinaldi, C. M., Lovsin, T., & Zecevic, C. (2012). Parents' perceptions of children's weight: the accuracy of ratings and associations to strategies for feeding. *Early Child Development and Care*, 182 (8), 1027-1040.
- Tremblay, L., Boudreau-Larivière, C., & Cimon-Lambert, K. (2012). Promoting physical activity in preschoolers: A review of the guidelines, barriers, and facilitators for implementation of policies and practices. *Canadian Psychology: Special Issue on Sport and Exercise Psychology*, 53(4), 280-290.
- Tremblay, L., & Limbos, M. (2009). Body image disturbance and psychopathology in children; research evidence and implications for treatment. *Current Psychiatric Review*, 5(1), 62-72.
- Tremblay, L., Lovsin, T., Zecevic, C., & Larivière, M. (2011). Perceptions of self in 3-5 year old children: A preliminary investigation into the early emergence of body dissatisfaction. *Body Image Journal*, 8, 287-292.
- Tremblay, M. S., Shields, M., Laviolette, M., Craig, C. L., Janssen, I., & Gorber, S. C. Fitness of Canadian children and youth: Results from the 2007-2009 Canadian Health Measures Survey. *Health Reports* (Statistics Canada, Catalogue 82-003) 2010; 21: 1-14.
- Tremblay MS, Willms JD. (2000). Secular trends in the body mass index of Canadian children. *CMAJ*, 163:1429–33.

- Twells, L. K., & Newhook, L. A. (2011). Obesity prevalence estimates in a Canadian regional population of preschool children using variant growth references. *BMC Pediatrics*, 11:21.
- Une Vision élargie et inclusive: Définition de la saine alimentation. (2011) Gouvernement du Québec. Accédé Août 2013 du site web du gouvernement <http://www.saineshabitudesdevie.gouv.qc.ca/visionsainealimentation/vision.php>
- Visser, T. L. S., Snijder, M. B., & Seidell, J. C. (2010). *Epidemiology: Definition and classification of obesity*. Wiley-Blackwell.
- Wang, F., Wild, T. C., Kipp, W., Kuhle, S., & Veugelers, P. J. (2009). The influence of childhood obesity on the development of self-esteem, *Health Reports*, 20(2), 21-27.
- Warschburger, P., & Kröller, K. (2009). Maternal perception of weight status and health risks associated with obesity in children. *Pediatrics*, 124(1), e60-e68.
- West, D. S., Raczynski, J. M., Philips, M., Bursac, Z., Gauss, C. H., & Montgomery, B. E. E. (2008). Parental recognition of overweight in school-age children. *Obesity*, 16(30), 630-636.
- Zecevic, C., Tremblay, L., Lovsin, T., & Lariviere, M. (2010). Parental influence on young children's physical activity. *International Journal of Pediatrics*, 9, 468-526.
- Zehle, K., Wen, L. M., Orr, N., & Rissel, C. (2007). "It's not an issue at the moment": A qualitative study of mothers about childhood obesity. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(1), 36-41.

Annexe 1 – Certificat d'approbation déontologique



**CERTIFICAT D'APPROBATION DÉONTOLOGIQUE POUR LA CONDUITE D'UN
PROTOCOLE IMPLIQUANT LA PRÉSENCE DE SUJETS HUMAINS**
Comité éthique de la Recherche de l'Université Laurentienne

Le présent certificat confirme que le projet identifié ci-dessous a obtenu une approbation déontologique du Comité déontologique de l'Université Laurentienne (CÉRUL). La date de votre approbation déontologique, la date de votre prochain rapport, les dates de renouvellement(s) et modifications (si s'appliquent) ainsi que toute condition particulière sont indiquées dans le tableau qui suit.

TYPE D'APPROBATION	Nouvelle	X	Modifications au projet	Demande de prolongation
Nom (s) du ou des chercheur(s)/collaborateur(s) — École/ Département	Krystel Cimon-Lambert (Docteur Line Tremblay; directrice) – Maîtrise en Développement Humain (Université Laurentienne)			
Titre de la soumission	<i>L'Obésité Infantile et les Perceptions Parentales (Discussion de Groupe)</i>			
Numéro de référence	2011-02-04			
Date de l'approbation originale	6 juin 2011			
Date d'approbation de l'extension ou des modifications (si s'applique)				
Date du prochain rapport :	6 juin 2012			
Condition(s) placée(s) sur le projet	Rapport final ou intérimaire le 6 juin 2012			

Tout projet doit faire l'objet au moins l'objet d'un rapport annuel soumis au CÉRUL. Si votre projet devait se poursuivre au-delà de la durée de l'approbation déontologique, vous devrez soumettre une demande d'extension auprès du CÉRUL en remplissant le formulaire de [suivi annuel](#). Comme il est indiqué sur le formulaire d'approbation déontologique, il faudra soumettre au Comité toute modification ayant trait aux questions ou aux procédures. Si vous souhaitez modifier le contenu de votre protocole déontologique, vous devrez utiliser le formulaire du [suivi annuel](#). Le CÉRUL vous souhaite de francs succès dans vos entreprises de recherche en vous rappelant de respecter en tout temps les politiques de l'[ÉPTC](#).

Daniel Gré

Annexe 2 – Résumé du projet et questions des groupes de discussions envoyés aux directrices
des garderies

Titre du projet : L'Obésité Infantile et les Perceptions Parentales
(Discussion de Groupe)

Krystel Cimon-Lambert, candidate à la maîtrise

Superviseure : Dr. Line Tremblay

Source de financement : CNFS (Consortium national de formation en
santé)

Documents confidentiels.

À ne pas disséminer.

Pour consultation seulement aux personnes autorisées.

Tout droit réserver. Krystel Cimon-Lambert

Résumé du projet

Il y a un accroissement du taux d'obésité durant les dernières années. Entre 2003 et 2009, le taux d'obésité augmenta de 16 à 19% pour les hommes et de 14.5 à 16.7% pour les femmes. De plus, il est estimé que 8 à 11% d'enfants aussi jeune que 2 à 5 ans sont obèses.

L'obésité est associée avec plusieurs maladies chroniques qui peuvent se développer plus tard dans la vie tels que le diabète, les problèmes cardio-vasculaires, l'arthrite, et certains types de cancers; d'où vient en partie le grand besoin pour plus de recherche dans ce domaine et des interventions ciblées pour des enfants dès un jeune âge afin d'éviter ces maladies plus tard.

Les interventions ne fonctionnent pas toujours à leur plein potentiel. Il y a plusieurs raisons derrière ceci, entre autre le commencement tardif des interventions, après que les enfants aient acquis leurs préférences et habitudes alimentaires. Ainsi, il est beaucoup plus difficile d'introduire des nouveaux plats sains et des habitudes d'exercices physiques lorsque l'enfant a déjà acquis ces préférences alimentaires et ses routines. De plus, les interventions prennent souvent place dans le milieu scolaire, sans incorporer l'appui des parents. Ceci affecte considérablement les effets positifs probables des interventions puisque la majorité des repas sont consommés à la maison des parents. Ainsi, si les parents ne sont pas impliqués, ils ne peuvent pas incorporer l'information concernant de bonnes habitudes alimentaires puisqu'ils n'ont pas reçu la formation. Il se peut aussi que les parents ne perçoivent pas que leur enfant ait un surpoids ou que des jeunes enfants de 2 à 5 ans peuvent être obèses. Ainsi, s'ils ne perçoivent pas de problème, ils seront moins portés à appliquer l'information distribuée lors des interventions.

Ainsi l'objectif de ce groupe de discussion est de voir les attitudes, les perceptions ainsi que les lacunes dans les connaissances des parents d'enfant au préscolaire concernant l'obésité, les bonnes habitudes alimentaires, l'éducation physique, ainsi que l'image corporelle.

Le groupe de discussion fait partie du projet de subvention de ma superviseure Dr. Tremblay au CNFS intitulé : « Étude de l'efficacité d'un programme d'intervention préventive de l'obésité infantile auprès de familles francophones vivant en région urbaine et rurale ». Ceci est la première année de la subvention. Le groupe de discussion permettra de développer des questions qui mesureront les attitudes envers l'obésité, les habitudes alimentaires, l'éducation physique et l'image corporelle. Ces questions nous permettront de développer un outil raffiné qui nous permettra de mesurer les attitudes et perceptions parentales sur un plus grand échantillon.

Questions pour le groupe de discussion

Séance 1 : Nutrition

A.1. Thème : Comportement alimentaires

- 1) Question générale : Parlez-nous de vos repas en famille?
 - a) *Il y a-t-il des conflits à la table? Pendant le temps du repas?*
 - b) *Qui prépare/décide les repas?*
 - c) *Prenez-vous les repas ensemble, en famille?*
 - d) *Pourquoi?*

A.2. Thème : Nourriture

- 1) En générale, quel type d'aliments vous et votre famille consommez?
 - a) *Quels sont vos critères de choix en ce qui concerne les aliments que vous servez? (Eg : junk food)*
 - b) *Si on vous dit : « Régime alimentaire sain et équilibré, c'est quoi ça pour vous? »*

A.3. Thème : Distractions

1. Il y a-t-il des appareils électroniques en fonctionnement durant les repas?
 - a) *Utilisez-vous votre téléphone, blackberry, télévision, ipod, ordinateur, musique de fond...*
 - b) *Il y a-t-il autres distractions non-électronique (mot croisé, journal, livre)*
 - c) *Croyez-vous que cela influence la manière dont vos repas se déroulent?*

A.4. Thème : Comment on mange?

1. Est-ce que tout le monde commence et termine les repas ensemble?
Est-ce que tout le monde mange la même chose?
 - a) *Est-ce que quelqu'un est à la diète?*
 - b) *Il y a-t-il un enfant difficile avec la nourriture dans la famille ou à la table pendant les repas?*

Séance 1 : Activité Physique chez les enfants

B.1. Pour vous c'est quoi être actif physiquement?

B.2. Augmenter l'activité physique

1. Comment pouvons-nous augmenter l'activité physique?
 - a) *Est-ce qu'on a besoin de favoriser l'activité physique chez les enfants ou est-ce qu'on les laisse tout seul*
 - b) *Que faut-il faire pour favoriser les sports ou l'activité physique chez les enfants?*
 - c) *Faut-il faire des sports organisés?*
 - d) *Quel type de sport est le plus approprié?*

B.3. Éducation physique dans la famille et l'école

1. Comment pouvons-nous implémenter l'éducation physique dans la famille?
2. Qu'est-ce que l'éducation physique dans le milieu scolaire?
 - a) *Actif physiquement chez les enfants, est-ce que c'est la même chose que chez les adultes? C'est quoi exactement? Est-ce que les adultes et les enfants font mêmes sports.*
 - b) *Quel est le rôle des parents? De l'école? Afin de promouvoir une bonne activité physique*
 - c) *Parlez-moi du lien qui existe entre l'activité physique des parents et de leurs enfants*
 - d) *Quelle activité physique est mieux pour les enfants : a)Seul, b) avec amis, b) avec parents.*

B.4. Le rôle de l'activité physique

1. Quel est le rôle de l'activité physique pour la santé?
 - a) *Commentez sur l'importance de l'activité physique chez les enfants et l'impact sur leur santé (c'est quoi les bénéfices?)*
 - b) *Quel est le lien entre activité physique et poids*
 - c) *Selon vous, en ce qui concerne la santé, quel est le rôle des parents de l'école.*

Séance 2 : Image corporelle

Questions générales concernant l'Image Corporelle

C.1. Si je vous dis « confiance en soi », qu'est-ce que cela veut-dire pour vous?

- a) *Qu'entendez-vous lorsque je vous dis : « image corporelle » ?*
- b) *Pensez-vous qu'en générale les gens aiment leur corps tel qu'il est?*
- c) *En générale, les gens ont-ils des inquiétudes ou des préoccupations concernant la taille de leur corps?*

Questions générales concernant le poids

C.2. En générale, les gens se préoccupent-ils de leur poids?

- a) *Que pensez-vous des diètes que les personnes font pour maigrir, d'engraisser ou maintenir leur poids? (eg : exercice, diètes)*

Questions spécifiques à l'enfant

C.3.1. Si je vous dis « confiance en soi d'un enfant », qu'est-ce que cela veut-dire pour vous? Est-ce que c'est la même chose chez les adultes?

C.3.2. Si je vous dis « image corporelle » d'un enfant, qu'est-ce que cela signifie? Est-ce que c'est la même chose chez les adultes?

- a) *Quelles sont les similarités et les différences entre les préoccupations concernant le poids et l'image corporelle chez les adultes et chez les enfants?*
- b) *Croyez-vous que les commentaires négatifs du poids d'un enfant a une influence sur la satisfaction avec l'image de leur corps? Si oui ou non expliquer pourquoi.*

Séance 2 : C'est quoi l'obésité?

D.1. C'est quoi pour vous l'obésité?

- a. *Est-ce que l'obésité chez les enfants est la même chose que chez les adultes? Comment est-ce similaire ou différent?*
- b. *De quoi cela a l'aire, l'obésité chez les enfants?*

Les perceptions

D.2. Comment est-ce que l'obésité se développe?

- a. *Qui est responsable? (En ce qui concerne les adultes et en ce qui concerne les enfants).*
- b. *Est-ce que ça s'évite? Si oui comment? Quelles sont les choses que l'on peut faire?*

Plus spécifiquement

D.3. En ce qui concerne votre enfant, vous comme parents, que pouvez-vous faire?

- a. *Quelle influence avez-vous comme parent? Directement mais aussi indirectement (les comportements alimentaires, les commentaires etc).*

Annexe 3

Feuille de recrutement

Ceux intéressés à participer à cette étude, veuillez s'il vous plaît inscrire votre nom, votre numéro de téléphone et/ou courriel électronique, ainsi que cochez vos journées de disponibles (svp mettre plus qu'une option, merci!) :

Si vous avez des questions, vous pouvez toujours me contacter au kx_cimonlambert@laurentian.ca (Krystel Cimon-Lambert)

Nom (imprimé)	Numéro de téléphone et/ou courriel électronique	Journées de disponibilités (cochez plus qu'une svp!)
		<input type="checkbox"/> Les samedis 1pm <input type="checkbox"/> Les samedis 6pm <input type="checkbox"/> Les lundis 6pm <input type="checkbox"/> Les mardis 6pm <input type="checkbox"/> Les mercredis 6pm <input type="checkbox"/> Les jeudis 6pm <input type="checkbox"/> Les vendredi 6pm <input type="checkbox"/> Les dimanches après-midis
		<input type="checkbox"/> Les samedis 1pm <input type="checkbox"/> Les samedis 6pm <input type="checkbox"/> Les lundis 6pm <input type="checkbox"/> Les mardis 6pm <input type="checkbox"/> Les mercredis 6pm <input type="checkbox"/> Les jeudis 6pm <input type="checkbox"/> Les vendredi 6pm <input type="checkbox"/> Les dimanches après-midis
		<input type="checkbox"/> Les samedis 1pm <input type="checkbox"/> Les samedis 6pm <input type="checkbox"/> Les lundis 6pm <input type="checkbox"/> Les mardis 6pm <input type="checkbox"/> Les mercredis 6pm <input type="checkbox"/> Les jeudis 6pm <input type="checkbox"/> Les vendredi 6pm <input type="checkbox"/> Les dimanches après-midis
		<input type="checkbox"/> Les samedis 1pm <input type="checkbox"/> Les samedis 6pm <input type="checkbox"/> Les lundis 6pm <input type="checkbox"/> Les mardis 6pm <input type="checkbox"/> Les mercredis 6pm <input type="checkbox"/> Les jeudis 6pm <input type="checkbox"/> Les vendredi 6pm

		<input type="checkbox"/> Les dimanches après-midis
		<input type="checkbox"/> Les samedis 1pm <input type="checkbox"/> Les samedis 6pm <input type="checkbox"/> Les lundis 6pm <input type="checkbox"/> Les mardis 6pm <input type="checkbox"/> Les mercredis 6pm <input type="checkbox"/> Les jeudis 6pm <input type="checkbox"/> Les vendredi 6pm <input type="checkbox"/> Les dimanches après-midis

Annexe 4

Procédure pour le groupe de discussion (verbatim)

(Chaque participant aura une tablette pour prendre des notes, on les ramasse après, alors il faut mentionner de ne pas écrire leurs noms dessus)

Merci beaucoup pour votre participation aujourd'hui. C'est une activité très simple, nous voulons simplement vos idées sur quelques thèmes populaires. Alors, la raison derrière les maintes études derrière l'embonpoint chez les jeunes enfants est que une fois identifiée, il est difficile à remédier. Selon la littérature, il semblerait que l'obésité infantile persiste à l'adolescence et aussi à l'âge adulte. Il y a plusieurs raisons derrière ceci. L'une d'entre elles est que les interventions ne fonctionnent pas à leurs pleins potentiels. Ceci est parce que ils se concentrent sur les enfants plus tard dans leur vie, après avoir acquis les préférences et habitudes alimentaires, ainsi que leurs habitudes d'activité physiques. Un autre problème avec les interventions est qu'ils n'incluent pas généralement l'appui des parents dans le processus et prennent place souvent dans le milieu scolaire. Ainsi, la majorité des repas sont consommés dans le milieu familial et les parents jouent un grand rôle dans l'activité physique de leurs enfants. Ainsi, les parents ne peuvent pas mettre en marche les bonnes habitudes alimentaires s'ils ne participent pas aux interventions pour recevoir cette information.

Une dernière raison pourquoi les interventions ne fonctionnent pas à leur plein potentiel est que les parents ne perçoivent pas que leur enfant a un surpoids. Ainsi, ils sont moins portés à appliquer l'information donnée lors des interventions.

Tout ceci nous mène à mon projet de thèse. L'objectif de ces groupes de discussions est de voir les perceptions et les attitudes des parents qui ont des enfants d'âge préscolaire (3-5 ans). Les thèmes portent sur les bonnes habitudes alimentaires, l'éducation physique, l'image corporelle et l'embonpoint. Alors l'objectif est de faire ressortir les idées de tout le monde. Il n'y a pas de mauvaises idées, tout est important. Nous sommes juste intéressées à savoir vos opinions. Le plus que vous êtes créatifs, le mieux qu'on aime ça.

Alors la procédure est très simple. Je vais vous lancer une question. Vous avez chacun une tablette devant vous. Alors vous répondez en premier silencieusement et vous pouvez écrire sur la tablette si vous voulez. Vous n'êtes pas obligés, mais nous allons toutes les ramasser à la fin de la session, alors n'écrivez pas votre nom.

À tour de rôle, vous allez répondre à la question selon votre expérience avec votre famille avec une seule idée. Nous faisons le tour de la table jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'idées. Vos idées seront inscrites au tableau en même temps.

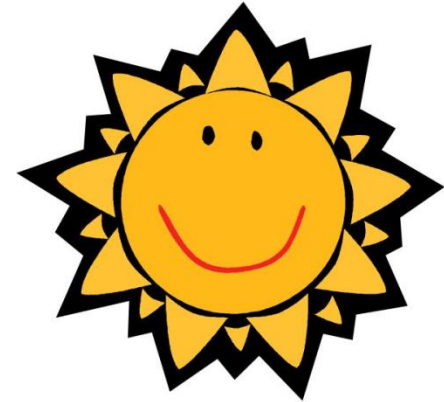
La deuxième partie est lorsque nous ouvrons la discussion. Nous apportons des clarifications aux idées si elles ne sont pas claires. Nous regroupons ensuite les idées qui se ressemblent afin de faire des catégories.

Nous allons ensuite mettre idées en rang pour l'ordre d'importance individuellement.

Et ensuite, on s'accorde sur une classification. Est-ce qu'il y a des questions avant que l'on commence?

Annexe 5

Looking for parents!!



We are looking for parents who have preschool aged children to participate in a group discussion on current health topics, weight and physical well-being for a master student's thesis.

There will be 2 sessions which will last 2 hours each (however you are not obliged to participate to both sessions). Only knowing basic French is sufficient to participate

The study will take place at Laurentian University

Light snacks will be provided

Possibility of child care being provided during the session at no cost to accommodate parents

If you're interested, know someone who is, or would like to receive more information, please do not hesitate to contact me:

Krystel Cimon-Lambert

E-mail: kx_cimonlambert@laurentian.ca



Annexe 6

Questionnaire sociodémographique

1. Quel est votre niveau d'éducation le plus élevé? (cochez une catégorie)

- ☐ Diplôme d'études secondaire
- ☐ Diplôme collégial
- ☐ Baccalauréat à l'université
- ☐ Maîtrise à l'université
- ☐ Doctorat à l'université en cours
- ☐ Doctorat à l'université complété

2. Quel âge avez-vous?

3. Combien d'enfants avez-vous?

4. Quel âge ont vos enfants?

enfant1 _____ enfant2 _____ enfant3 _____
(ajoutez des enfants si nécessaire)

5. Quel est votre état civil (eg: mariée, divorcée, séparée, célibataire)?

6. Quel est votre niveau de satisfaction avec le groupe de discussion?

- ☐ très insatisfaite
- ☐ insatisfaite
- ☐ ni satisfaite ni insatisfaite
- ☐ satisfaite
- ☐ très satisfaite

7. Commentaires ou suggestions par rapport à l'étude :

Réponse :

Questions supplémentaires au choix

1. Selon vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer les programmes et services d'interventions préventives d'obésité infantile et inciter la participation des enfants et des parents dans l'application de l'information fournie lors de ses sessions?

Réponse :

2. Quel type d'information serait important de recevoir lors de ces interventions pour les parents et les enfants?

Réponse :

Annexe 7

Résultats bruts des groupes de discussions par thèmes

Thème 1 : obésité

	Sous-thèmes	Description	Les citations sous les thèmes
Valeurs et attitudes	Nutrition saine et balancé	Valeur qu'une nutrition saine est une question d'inclusion et de balance dans les mets en fonction des signes de satiété et sans prendre en considération le poids. En autres mots, la nourriture est déterminée selon la santé et n'est pas en fonction du poids.	a) Modération et balance. Ne pas priver - « ...incorporer tous les nourritures dans la diète (ne « deprive » pas). Cette une balance. - Toute à-propos de la modération. Model la modération b) Signes interne de satiété - Être perceptif des « cues » interne. c) Pas une question de poids, mais de santé - La nourriture ne devrais pas être à-propos du poids mais à-propos de la sante.
Perceptions parentales	Causes	a) Maladies b) Confiance en soi (question de « willpower ») c) Ignorer son corps, signes de satiété d) Manger émotionnellement e) Motivation des parents dans choix de nourriture f) Pression d'être un parent parfait g) Nourriture n'est pas	a) Maladies : - « Diversité, pas tout le monde est gras parce que se qu'ils mange, il y a des maladies... » b) Confiance en soi (question de « willpower ») : - « C'est « vague » → Va avec confiance de soi, pas assez bonne pour essayer « give up ». c) Ignorer son corps, signes de satiété : - « Un manque de « read body queues »/Ignore que ton corps vous dit - « Être perceptif des « cues » interne. d) Manger émotionnellement : - Un issue emotionelle, pourquoi vous mangent se que vous mange. Votre motivations emotionelle pour manger. « Emotional eating ». e) Motivation des parents dans choix de nourriture : - « Les parents forme le santé, les parents veulent que leurs enfants lui-

		<p>une mesure de l'amour parental</p> <p>h) Enseignement (faire les bons choix) ; les parents sont responsables</p>	<p>aiment et ils les donnent tous qu'ils veulent. Manque d'estime/confiance en les parents. »</p> <p>- « La motivation des parents pour donner certaines nourritures aux enfants varie »</p> <p>f) Pression d'être un parent parfait :</p> <p>-« Pression sur les parents d'être parfait/saine. »</p> <p>- « Don't overstress about being a perfect parent.</p> <p>- Model la santé en tous aspect de la vie, pas seulement l'alimentation. « Don't overstress about being a perfect parent »</p> <p>g) Nourriture n'est pas une mesure de l'amour parental :</p> <p>- La nourriture n'est pas une mesure de "comment vous aimez votre enfant"</p> <p>h) Enseignement (faire les bons choix); les parents sont responsables :</p> <p>- C'est la responsabilité des parents, mais il faut les enseigner à faire des bons choix, d'être indépendant</p> <p>- Les enfants sont plus influencés par leurs parents</p> <p>- C'est la responsabilité des parents</p>
	L'obésité et les caractéristiques	<p>a) Concept non-défini (il y a des implications sociales, pas une définition médicale)</p> <p>b) Ce n'est pas une question de poids, mais plutôt la capacité de fonctionner.</p> <p>c) Il faut regarder à la santé globale.</p> <p>d) Pas le physique</p> <p>e) Il y a des complications médicales</p>	<p>a) Concept non-défini (il y a des implications sociales, pas une définition médicale) :</p> <p>- Un thème très « undefined », pas en santé, rien à faire avec l'apparence, mais à propos de l'exercice et la santé.</p> <p>- C'est « vague » → Va avec confiance de soi, pas assez bonne pour essayer « give up »</p> <p>- Le BMI est un facteur, mais plus pour les statistiques, comme « si vous prenez 20 livres vous êtes à risque pour le diabète ». Le BMI n'est pas toujours une bonne estimation. Le sens de soi-même d'être en santé est plus important.</p> <p>- La définition manque du sens. Ce n'est pas une définition médicale. Il y a des implications sociales. Devrais réfléchir la santé globale. (Résumé de ce sous thème par les parents)</p> <p>b) Ce n'est pas une question de poids, mais plutôt la capacité de fonctionner :</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Moins un poids, mais lié à la capacité de fonctionner. Obésité est de ne pas être capable à fonctionner, fonction interne saine - Quand ils ne peuvent pas bouger. Les parents sont responsables. Les parents faut faire des limites. Se n'est pas les fautes de l'enfants. Les parents fassent l'épicerie, les parents font les repas... <p>c) Il faut regarder à la santé globale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Santé globale (non pas le poids, la santé, le santé mental... mais tous ensemble). <p>d) Pas le physique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La santé ne devrait pas être le physique mais la santé. Les personnes minces ne sont pas toujours en santé. <p>e) Il y a des complications médicales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un plus gros risque à avoir des complications médicales. - Le poids est important parce que se continue pendant la vie.
Stratégies	Poids santé est la responsabilité du parent	<p>a) Manger quand on a faim; donner à l'enfant une conscience de leur santé</p> <p>b) Il ne faut pas donner tout ce que les enfants veulent comme preuve d'amour</p> <p>c) Comment se gâter sainement (« indulge »)</p> <p>d) Démontrer la différence entre le vouloir et le besoin</p> <p>e) Pas à propos du poids, mais de la santé</p>	<p>a) Manger quand on a faim; donner à l'enfant une conscience de leur santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseigne à l'enfant de savoir comment manger quand ils ont faim, et incorpore tous les nourritures dans la diète (ne « déprime » pas). Cette une balance. - Enseigne les enfants que faire leur mieux c'est assez. - La différence entre la goutte de manger et être faim. - Chaque parent a la responsabilité élever un enfant en santé de même que leur donner des outils et des éleveurs avec une conscience de leur santé (résumé des parents). - La nourriture ne devrait pas être à-propos du poids mais à-propos de la santé. <p>b) Il ne faut pas donner tout ce que les enfants veulent comme preuve d'amour</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les parents forme la santé, les parents veulent que leurs enfants lui-aime et ils les donnent tous qu'ils veulent. Manque d'estime/confiance en les parents. - (...) faut les enseigner à faire des bon choix, d'être indépendant <p>c) Comment se gâter sainement (« indulge »)</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Enseigne comme « indulge » sainement/en modération d) Démontrer la différence entre le vouloir et le besoin : - Enseigne comment savoir ce qu'ils veulent et ce qu'ils a besoin. e) Pas à propos du poids, mais de la santé - La nourriture ne devrait pas être à-propos du poids mais à-propos de la santé
--	--	--	---

Thème 2 : Image Corporelle

	Sous-thèmes	Exemples	Citations sous les thèmes
Valeurs	Les parents ne discutent pas de l'obésité, mais d'habitudes saines de vie et de caractéristiques internes	a) Concentration sur les bonnes habitudes de vie plutôt que l'apparence physique b) La confiance vient de chez soi, il ne faut pas être influencé par les facteurs externes.	a) Concentration sur les bonnes caractéristiques dites internes plutôt que l'apparence physique - Les parents on la responsabilité de modeler des comportements/valeurs saines pour crée une fondation pour les valeurs qu'on veut voir en nos enfant (résumé de ce thème par les parents) - c'est une question de santé et non pas l'apparence (résumé du thème) b) La confiance vient de chez soi, il ne faut pas être influencé par les facteurs externes. - La confiance doit venir d'interne, pas de les « short-comings » des autres. - confiance interne est plus forte que la confiance superficielle. - Les parents doivent reconnaître la perception de l'enfant et leurs stages développement, et les facteurs externes (résumé des parents)
Perceptions	Image corporelle	a) C'est une question de santé et d'hygiène. b) C'est une question de confiance en soi, être	a) C'est une question de santé et d'hygiène : - L'image corporelle devrait être à propos de l'hygiène. Maman a pas de « same », peut marcher autour du maison nu pour leur enseigner d'être fière du corps.

		fier.	<p>-Sante, saine, pas trop bonne pas trop mal, confortable avec soi-même sans avoir besoin de la penser.</p> <p>- Enseigne les enfants le sante et non pas les diètes.</p> <p>b) C'est une question de confiance en soi, être fier :</p> <p>- « intelligence émotionnelle », fière de même, félicite pour faire des choses bien, confiance en lui-même, sait qu'il a fait quelque chose bonne.</p>
	Les influences externes	<p>a) Les médias affectent les parents, mais pas encore les jeunes enfants.</p> <p>b) Les enfants juge les autres par leur personnalité et leur visage et non pas le corps</p> <p>c) Les amis (es) ont plus d'influence que les parents.</p>	<p>a) Les médias affectent les parents, mais pas encore les jeunes enfants :</p> <p>- La media affect les parents, mais pas encore les petite enfants. Il faut enseigner les enfants pour qu'ils ne sont pas influencer par les medias. Enseigne les enfants « media awarness/literacy ».</p> <p>b) Les enfants juge les autres par leur personnalité et leur visage et non pas le corps :</p> <p>- Les enfants « juge » les autres par leurs personnalités, pas leur corps.</p> <p>- Les enfants sont plus concerner avec les visages que les corps</p> <p>c) Les amis (es) ont plus d'influence que les parents :</p> <p>- Les amies ont plus d'influence sur les enfants que les parents.</p>
Stratégies	Les parents comme modèles pour leur enfant.	<p>a) Les parents enseignent à propos de l'image corporelle mais seulement quand c'est approprié. Il faut enseigner que ce n'est pas nécessaire d'avoir un corps nécessaire et faire ceci sans transmettre ses propres insécurités</p> <p>b) Les parents</p>	<p>a) Les parents enseignent à propos de l'image corporelle mais seulement quand c'est approprié. Il faut enseigner que ce n'est pas nécessaire d'avoir un corps nécessaire et faire ceci sans transmettre ses propres insécurités</p> <p>- Les parents n'exprime pas des « self-consciousness/insecurities : devant les enfants. Ne transmette pas les insécurités des parents aux enfants.</p> <p>- Parents model comment « deal » avec les insécurités ou les caches?</p> <p>- Les parents modèles l'estime de soi, mais les enseignent quand c'est devienne un issue (comme l'âge que c'est approprié, quand les petits demande...)</p> <p>- Les parents on la responsabilité de modeler des comportements/valeurs saines pour créé une fondation poru les valeurs qu'on veut voir en nos</p>

		enseignent comment acquérir une haute estime de soi	<p>enfant (Résumé par les parents).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parent est transparent, ne cache rien - Être maman a fourni un respect/confiance de corps. <p>b) Les parents enseignent comment acquérir une haute estime de soi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confiance de soi d'enfant biens des parent confient, mais pas prétentieux. Enseigne de ne pas « talk down » les autres pour lui faire confient. La confiance doit venir d'interne, pas de les « short-comings » des autres. - Aussi c'est important de savoir « bonne choix » ou « mauvais choix » en soi-même et les autres, mais devrais pas avoir de la confiance en soi même de les choix des autres. - Est réaliste de vos insécurités, être empathique (résumé des parents)
	Équiper les enfants avec des outils	<p>a) Comment faire face aux critiques & médias</p> <p>b) Être confortable avec soi-même</p>	<p>a) Comment faire face aux critiques & médias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capable de lui defender (Stand up for self) - Enseigne comment “cope” avec les criticisms - La media affect les parents, mais pas encore les petites enfants. Faut enseigner les enfants pour qu'ils ne sont pas influencer par le media. Enseigne les enfants « media awarness/literacy ». - Les enfants à l'école agasse à-propos de le poids, enseigne comment réagir appropriement. <p>c) Être confortable avec soi-même :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseigne les enfants le sante et non pas les diètes - Maman a pas de « same », peut marcher autour du maison nu pour leur enseigner d'être fière du corps. - C'est pas la fin du monde de ne pas avoir un corps parfait - Pas se sentir juger. Ne se sent pas juger. Confortable avec leur physique, ne lui juge pas sur son corps/physique.

Thème 3 : Nutrition

	Sous-thèmes	Exemple	Citations sous les thèmes
--	-------------	---------	---------------------------

Valeurs	Rôle familiale	<p>a) La mère est responsable de la préparation des mets</p> <p>b) Le père gâte</p> <p>c) Les parents sont des modèles pour leurs enfants</p> <p>d) La nutrition s'améliore lorsque nous sommes parents.</p> <p>e) Les garderies doivent respecter les valeurs des parents</p>	<p>a) La mère est responsable de la préparation de mets.</p> <ul style="list-style-type: none"> - maman prepare les repas pendant la conger parental, mais après ca c'est lui et son marrie qui partage. - Maman est responsables pour toutes les repas. - Maman fait les epiceries, elle essaie de faire un meal-plan pour deux semaines a foit. - Maman pre-prepare les met et sa marrie les rechauffe si elle n'a pas la temps a faire. - Maman est responsables pour toutes les repas. - maman prepare les quatres groups a chaque emt, mais c'est ne veut pas dire que les enfants mangent tous. Maman adapte. Le maison est gluten-free. La marrie est « on board » et supportive. - Maman qui préparé tous les met. - Maman est reponsables pour toutes les repas. <p>b) Le père gâte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le perre gate plus que mamans (...) papa amaines lees choses saines mais grassantes dans la maison. Maman font les soupe pour le semaine en legume. <p>c) Les parents sont des modèles pour leurs enfants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importante que les parents sont des role model – si ils mange des garie ils mangent apres les enfants sont en dormi. <p>d) La nutrition s'améliore lorsque nous sommes parents.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mangeait des choses pre=prepare, mais des que l'enfant est ne, ils mangent « basics ». - l'enfant a des problems medicaux dont ils mangent avec beacoup de fibre, l'enfant aiment les legumes. Le diete changent avec un enfant. <p>e) Les garderies doivent respecter les valeurs des parents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les autres qui gardent les enfants doit suivre le regles aussi. Ils ne peuvent pas garder si ils ne suivent pas les regles. L'enfant vont au garderie, et ils doivent suivre les regles aussi (pas les met pas noutirssant). - Le jus chez les garderies-problem. - Maman faut batailler avec les garderies pour faire certain certain qu'ils
---------	----------------	--	---

			mangent saine. Certaines garderies sont pas trop pire.
	Important de manger et manger sainement	<p>a) Manger sain et avoir une bonne nutrition équilibrée est un devoir.</p> <p>b) C'est important que les enfants mangent.</p>	<p>a) Manger sain est un devoir. Une bonne nutrition équilibrée.</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Pourvue qu'ils mangent ». Même si les enfants mettent beaucoup de ketchup sur leur assiette, la bonne nourriture saine fini par rentrer. Il faut que l'enfant mange. - Une fois par semaine ils ont un pizza/moins saine, mais les autre met sont tous saine. - Les mets ont de viande, des legumes et parfois un « starch ». - Les autres qui gardent les enfant soit suivre les regles aussi. Ils ne peuvent pas garder si ils ne suivent pas les regles. - Quand maman amen enfant au l'epicieries, elles laisse lui choisir c'est gouter pour la semaine au moins qu'il choisi un fruit, un legume... il est impliquer dans les decision de nourriture. - Essai de faire organic - La fin de semain ils ont du yogurt et du cheerios. - Pas les mets prepares, pas les viande preparers. Pas du jus. Seulement le lait ou l'eau. Si ils achete un gatrie c'est du Froot Loops. - L'enfant a des problems medicaux donc ils mangent avec beaucoup de fibre, l'enfant aiment les legumes. - Mangent les legumes, fruit, « saine », yogurt, cracklin, des fois des gattris (un fois par le fin de semain). - Suivre un regime alimentaire comme un diabetique, mange pas toujours le viande, essaie quelque chose non-viande (falafels...), base de ble entier, la fin de semain ils se gate un peux, mais pas beaucoup, le perre gate plus que mamans, les enfants a une bonbon chaque trois jours, la déjeuner est du grueau et des fruits, du yogurt. Le fin de semaine est moins « saine » mais encore pas du « junk ». papa amaine lees choses saines mais graissantes dans la maison. Maman font les soupe pour le semaine en legume. Pour un gouter le fin d e semaine ils mange du mais

			<p>souflee homemade.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le fruit ou du yogurt est un gâté/dessert. - Mange aussi souvent que possible. Mange moins du gras si possible. Le fin de semaine est un temps pour un petit gâté. <p>b) C'est important que les enfants mangent.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'enfant a pas un choix avec ce qu'ils mangent. - L'enfant mange ce que maman prépare. - Les enfants mangent toujours. Ne refuse pas de leur donner de manger. - Maman prépare les quatre groupes à chaque fois, mais c'est ne veut pas dire que les enfants mangent tous. Maman adapte. - Donne les choix aux enfants. Maman font deux mets séparés si elle fait un mets qu'elle savent les enfants n'aiment pas. - L'enfant mange quand il est faim (adaptation au style de l'enfant) - Enfant n'est pas difficile. Ce que les parents prépare est ce que les enfants mangent. Si ils jouent le jeu de « je n'aime pas » ils doivent laisser leur plat.
	Être en famille	<p>a) Manger et faire l'épicerie ensemble</p> <p>b) Se rapprocher en tant que famille</p>	<p>a) Manger et faire l'épicerie ensemble</p> <ul style="list-style-type: none"> - repas du soir est sacré. Ils mangent ensemble. - Être ensemble en famille - Assoir toujours à table ensemble. - mangent tards pour avoir plus de temps avec les enfants. - Important de manger en famille. <p>b) Se rapprocher en tant que famille</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le fin de semaine c'est tous les mets ensemble (bonding).
	Éducation	<p>a) Les habitudes et préférences alimentaires viennent des parents.</p> <p>b) Les bonnes manières</p> <p>c) Manger à la même heure, même si les enfants n'ont pas faim.</p>	<p>a) Les habitudes et préférences alimentaires viennent des parents.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les mets ensemble ont commencé avec les familles de le père et la mère. (générations) - Une enfant n'aiment pas la soupe. Influence de ce que maman a mangé quand elle grandit. - Les façons que maman et papa ont été « brought-up » influence comment ils « raise » leurs enfants. - influence des grands-parents (comment maman et papa était élevé) <p>b) Les bonnes manières (le bon vocabulaire)</p>

		<p>d) Ne pas répondre au téléphone durant le souper</p> <p>e) Laisse les enfants avoir le choix</p>	<p>- Ils parlent ensemble a propos du manger (a l'epicerie...0. Ils essayent de stresser les « manners » et le bon vocabulaire.</p> <p>- Les mets sont un moment d'éducation/ « parenting »</p> <p>c) Manger à la même heure, même si les enfants n'ont pas faim.</p> <p>- Mangent tards pour avoir plus de temps avec les enfants.</p> <p>- Le repas est « usually » la même heure. L'enfant mange ce que maman prépare.</p> <p>- Maman aime l'ordre, ils mangent à même temps chaque jour, les enfants savent que c'est la temps à manger, ils ne sont pas nécessairement faim, mais ils savent que c'est la temps de manger « structures/regles »</p> <p>d) Ne pas répondre au téléphone durant le souper</p> <p>- Pas des électroniques pendant les repas. Pas de musique. Pas de television. Le telephone n'est pas servir durant le repas. Ne réponds pas/dit qu'ils sont entrain de manger et ils s'appliquent après le met.</p> <p>- télévision est seulement ouvert pendant maman cuisine et l'enfant mange un goûter.</p> <p>- télévision est fermer durant la repas</p> <p>- Le blackberry est la seule chose seulement (pour le travail/business) Au restaurants ils jouent avec les « creamers » ou jouent « hangman » sur la phone</p> <p>e) Laisse les enfants avoir le choix</p> <p>- Quand maman amène l'enfant à l'épicerie, elle laisse lui choisir c'est goûter pour la semaine au moins qu'il choisit un fruit, un légume... il est impliqué dans les décisions de nourriture.</p>
Perceptions	Types de nourriture	<p>a) Il y a la bonne nourriture et la mauvaise nourriture.</p> <p>b) Nous avons du plaisir ensemble lorsque nous mangeons des gâteaux.</p>	<p>a) Il y a la bonne nourriture et la mauvaise nourriture.</p> <p>-Mange pour la plupart organique. Une fois par semaine ils ont une pizza/ moins saine, mais les autres mets sont tous sains. Mangent tards pour avoir plus de temps avec enfants.</p> <p>- Essayent de faire organique.</p> <p>- L'épicerie ils évitent les îles du centre. Pas les mets préparés, pas les viandes préparées. Pas du jus. Seulement du lait ou l'eau. Si ils achètent une gâterie c'est du Froot Loops.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Importante que les parents sont des role model-si ils mangent apres les enfant sont en dormi. - Maman faut batailler avec le garderie pour faire certain qu'ils mangent saine. Certaines garderies sont pas trop pire. - Le jus chez les garderies –problem <p>b) Nous avons du plaisir ensemble lorsque nous mangeons des gâteries.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivre un regime alimentaire comme un diabetique, mange pas toujours le viande, essay quelque chose non-viande (falafels...), base de ble entier, la fin de semaine ils se gâte un peux, mais pas beaucoup, le perre gate plus que mamans, les enfants a une bonbon chaque trois jours, le dejeuner est du grueau et des fruits, du yogurt. Le fin de semaine est moins « saine » mais encore pas du « junk ». - Les fins de semaines c'est tous les met ensembles (bonding). - Les fin de semaine ils ont du yogurt et du cheerios. - Mangent les legumes, fruit, « saine », yogurt, craklin, des fois des gatries (un fois par le fin de semaine). - Le fruit ou du yogurt est un gatrie/dessert. - Mange aussez organic que possible. Manf=ge moins du gras si possible. Le fin de semaine est un temps pour un petit gatrie. - Brunch les fin de semaines qui sont sache. - Seulement foit qu'il mangent avec la television est « picnic/pizza night »
	Barrières	<p>a) Il y a des règlements à suivre à la maison et pour les gardiennes/ garderies</p> <p>b) Maman étudiante</p> <p>c) Diètes spéciales, telles que les allergies. Ceci exerce une pression sur la famille.</p>	<p>a) Il y a des règlements à suivre à la maison et pour les gardiennes/ garderies</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les autres qui gardent les enfant doit suivre les regles aussi. Ils ne peuvent pas garder si ils ne suivent pas les règles. - maman faut batailler avec le garderie pour faire certain qu'ils mangent saine. Certaine garderies sont pas trop pire. - la jus chez les garderies – problem. <p>b) Maman étudiante</p> <ul style="list-style-type: none"> -maman etudiante. Manan fait les met quand possibles, la sœur prend les enfant parfois.

		<p>d) Préférences alimentaires de la famille.</p>	<p>c) Diètes spéciales, telles que les allergies. Ceci exerce une pression sur la famille.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problem medical affect le diet. Mange pour le pluspart organic. - Essai de faire organic. - Suivre un regime alimantaire comme un diabetique, mange pas toujours le viande, essai quelque chose non-viande (falafels...), base de ble entier, la fin de semaine ils se gâte un peux, mais pas beaucoup, le perre gate plus que mamans, les enfants a une bonbon chaque trois jours, le dejeuner est du grueau et des fruits, du yogurt. Le fin de semaine est moins « saine » mais encore pas du « junk ». - l'enfant a des problems medicaux dont ils mangent avec beacoup de fibre, l'enfant aiment les legumes. Le diete changent avec un enfant. - Famille sans gluten. Maman qui préparé tous les met. Toute le manger est « de base ». Pre-made a toujours du gluten, donc il faut tous préparés let met. Fils a des allregy au noix et les poison de mer. Meme avec les « special dietes » c'est possible a manger chez les autres aussi. « conditions medical comme quelque chose importante pour la nutrition ». - Chex certaines garderies les enfants ont plusieurs problem alimentatires, donc sa font que l'enfant avec un problem ne sent pas seule. <p>d) Préférences alimentaires de la famille.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paps est plus « fussy » que l'enfant. - Donne les choix aux enfants. Maman font deux met separe si elle fait un met qu'elle savent les enfant n'aiment pas. - Les enfants aiment les légumes. - Une enfant n'aiment pas la souper. Influence de se que maman a amanger quand elle grandi.
Stratégies	Pour manger	<p>a) Récompense avec la nourriture</p> <p>b) Faire des mets balancés</p>	<p>a) Récompense avec la nourriture</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gâteries les fins de semaines. - Une fois par semaine ils ont un pizza/moins saine, mais les autre met sont touus saine.

		<p>c) Règles alimentaires à suivre (maison, garderie et pour gardienne)</p> <p>d) Manger à la même heure, que les enfants aient faim ou non.</p> <p>e) Ne refuse pas la nourriture (mais pas donner tout ce qu'ils veulent).</p> <p>f) Donne le choix à l'enfant à l'épicerie, pourvue que ce soit un fruit ou un légume.</p> <p>g) À l'épicerie, on évite les allées du centre</p> <p>h) Maman fait deux mets pour souper si elle sait que son enfant n'aime pas un des choix.</p> <p>i) Enfant mange quand il a faim.</p> <p>j) Goûte la nourriture avant de manger.</p> <p>k) Télévision est une gâterie.</p> <p>l) Les parents mangent des gâteries lorsque les enfants dorment.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les fin de semaine ils ont du yogurt et du cheerios. - Pas les mets préparés, pas les viandes préparés. Pas du jus. Seulement le lait ou l'eau. Si ils achètent une gâterie c'est du froot loops. - Mangent les légumes, fruit, « saine », yogurt, cracklin, des fois des gâteries (un fois par le din de semaine). - Le fruit ou du yogurt est un gâterie/dessert. <p>b) Faire des mets équilibrés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les mets ont de viande, des légumes et parfois un « starch ». - Repas prend moins d'une heure à préparer. - Fait beaucoup de croc pot meals. - Suivre un régime alimentaire comme un diabétique, mange pas toujours la viande, essaie quelque chose non-viande (falafels...), base de blé entier, la fin de semaine ils se gâtent un peu, mais pas beaucoup, le père fait plus que maman, les enfants ont un bonbon chaque trois jours, le déjeuner est du gruau et des fruits, du yogurt. Le fin de semaine est moins « saine » mais encore pas du « junk ». papa amène les choses saines mais grasses dans la maison. Maman fait la soupe pour la semaine en légume. - Maman prépare les quatre groupes à chaque semaine, mais c'est ne veut pas dire que les enfants mangent tous. Maman adapte. La maison est gluten-free. La mère est « on board » et supportive. <p>c) Règles alimentaires à suivre (maison, garderie et pour gardienne)</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'enfant a pas un choix avec ce qu'ils mangent. - Les autres qui gardent l'enfant doivent suivre les règles aussi. Ils ne peuvent pas garder si ils ne suivent pas les règles. L'enfant va à la garderie, et ils doivent suivre les règles aussi (pas les mets pas nourrissants). - Assis toujours à table ensemble - Pas des électroniques pendant les repas. Pas de musique. Pas de télévision. Le téléphone n'est pas servi pendant le repas. Ne réponds pas/dit qu'ils sont en train de manger et ils s'appliquent après le repas.
--	--	--	---

		<p>m) Gâteries les fins de semaines.</p> <p>d) Manger à la même heure, que les enfants aient faim ou non.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le repas est « usually » la même heure. L'enfant mange ce que maman prépare. - maman aide l'ordre, ils mangent à même temps chaque jour, les enfants savent que c'est la temps à manger, ils ne sont pas nécessairement faim, mais ils savent que c'est la temps de manger « structure/regles ». <p>e) Ne refuse pas la nourriture</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les enfants mangent toujours. Ne refuse pas de leur donner de manger. <p>f) Donne le choix à l'enfant à l'épicerie, pourvue que ce soit un fruit ou un légume.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quand maman amen enfant au l'épicerie, elle laisse lui choisir c'est goûter pour la semaine au moins qu'il choisi un fruit, un légume... il est impliqué dans les décisions de nourriture. - Elle essaie de faire un meal-plan pour deux semaines à fait. <p>g) À l'épicerie, on évite les allées du centre</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'épicerie ils évitent les allées du centre. Pas les mets préparés, pas les viandes préparées. Pas du jus. Seulement le lait ou l'eau. Si ils achètent une gâterie c'est du fruit Loops. <p>h) Maman fait deux mets pour souper si elle sait que son enfant n'aime pas un des choix.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maman pré-prepares les mets et sa marie les réchauffe si elle n'a pas la temps à faire. - Donne les choix aux enfants. Maman font deux mets séparés si elle fait un mets qu'elle savent les enfants n'aiment pas. <p>i) Enfant mange quand il a faim.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'enfant mange quand il est faim (adaptation au style de l'enfant) - Enfant n'est pas difficile. Ce que les parents préparent est ce que les enfants mangent. Si ils jouent le jeu de « je n'aime pas » ils font lessen leur plate. <p>j) Goûte la nourriture avant de manger.</p>
--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Les enfants goute les mets avant. <p>k) Télévision est une gâterie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Télévision est seulement ouvert pendant maman cuise et l'enfant mange un gouter. - Le blackberry es le seule chose seulement (pour le travail/business) Au restaurants ils joue avec les « creamers » ou jour « hangman » sur la phone. - Seulement foit qu'il mangent avec le television est « picnic/pizza night » <p>l) Les parents mangent des gâteries lorsque les enfants dorment.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importante que les parents sont des role model- si ils mange des garie ils mangent apres les enfants sont en dormi. <p>m) Gâteries les fins de semaines.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour un gouter le fin de semain ils mange du mais soufflee homemade. - Le fin de semain est un temps pour un petit gatrie. - Brunch les fin de semaines qui sont sachre.
--	--	--	---

Thème 4 : Activité Physique

	Sous-thèmes	Exemples	Citations sous les thèmes
Valeur	Être en famille (valeur centrale)	<p>a) L'activité physique est quelque chose qui doit être intégré dans la famille. (culpabilité sinon)</p> <p>b) Tu es un bon parent si tu es avec ton enfant. Le parent doit être</p>	<p>a) L'activité physique est quelque chose qui doit être intégré dans la famille. (culpabilité sinon) Avec la famille</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas toujours une chose conscient mais la plupart de temps c'est devienne active juste parce que c'est des choses que la famille aiment faire. Discute avec l'enfant ce qu'elles aiment faire. -Jouer les sports, être actif, ne pas rester en dedans le maison. C'est le plaisir. Un partir de sont « lifestyle » - N'importe quoi qui vous fait boucher, dépenser l'énergie, « off the couche », jeune est trop petite pour « être actif » mais maman et papa

		<p>engagé avec l'enfant. (AP enfant eux-mêmes)</p>	<p>prend pour des marches, lui fait boucher.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maman faut pas stresser pour faire d'exercice, c'est devrais être quelque chose plaisant, votre « lifestyle ». - Maman a une bonne relation avec son « ex » et c'est fait que c'est plus facile à être actif - Les parents faut travailler ensemble pour que c'est fonctionne (Supportive souse/partner) - Demande de l'aide de la famille/du support pour faire certain que le jeune est actif (activité organiser) - Engage tous la famille, d'habitude les dimanches, ils décide ensemble a faire quelque chose. - Si les autre membre du famille ne sont pas proches, c'est plus difficile (moins du support et moins d'autres enfants pour joue avec). <p>b) Tu es un bon parent si tu es avec ton enfant. Le parent doit être engagé avec l'enfant. (AP enfant eux-mêmes) Toi avec enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maman vont au YMCA et l'enfant aussi fait beaucoup l'a aussi. - Avoir un « buddy » pour faire d'activité avec ou qui vous motivât s'aide. - Maman a de la difficulté a être créatif pour trouver des jeu a jour chez eux. - Essai d'intergrate tous. Peur que l'enfant développe des issue d'image corporelle donc maman incorpore tous ensembles et fait certain que l'activité physique est du plaisir. - Maman est trop « busy » et elle faut décide entre jouer activement ou avoir du temps qualité a visionner un film. Maman sais qu'elle est actif a l'école et donc n'est pas important a penser a comment incorpore l'activité physique en leurs vie, mais important a pensé comment prendre de temps qualité avec maman. - Maman veulent plus de temps pour dépenser avec leur petit - Maman aime plus quand ils sont engagés ensemble et n'ont pas juste l'enfant qui joue et maman regarde. Pas « for the child but with the child » - Maman joue des jeuz avec sont enfant, ont des pillow fights, pop-bottle fights, maman « connecte avec sont inner child »
--	--	--	--

	<p>Activité physique n'est pas une valeur aux yeux des parents. Il est plus important de relaxer</p>	<p>a) L'activité n'est pas une priorité. Les parents ne prennent pas charge</p> <p>b) L'activité physique doit être plaisante, si non, ceci est une obligation et c'est fatigant.</p> <p>c) Relaxer et se détendre est important. Prendre du temps de qualité. Ceci reflète la vie stressante des parents, ce qui rend « relaxer » une valeur.</p>	<p>a) L'activité n'est pas une priorité. Les parents ne prennent pas charge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoir des activités organiser (sports) aide avec le « guilt » - Dépend de l'âge de l'enfant. Assez c'est si toute va bien (saine) c'est assez. Si quelque choses est mal (trop fatigue, ne sens pas bons...) c'est l'indicateur que elle a besoin de l'activité physique. - Maman veule être plus actif, sache que son enfant est assez actif, mais elle sait quelle a besoin plus. Travail est actif, mais c'est différent que être active au gym. - Maman était vraiment actif avant l'enfant et n'est pas tellement actif maintenant parce que c'est trop « busy » et elle c'est maintenant qu'elle a besoin de commencer encore un jour - Pour un enfant ils toujours trouve un façon a jour, ils n'ont pas besoin du motivation et ils ne doivent pas planifier/penser a les autres choses. Pour les adultes ils on besoin du motivation ils ont d'autres choses qu'ils doivent faire, des autre chose qui compète pour la temps et l'énergie. - Maman met sa fille en la danse pour lui rendre actif - Les mamans sens confortables se qu'ils font a l'école - Aide avec le « guilt » parceque ils sachent que leurs enfant est active a l'ecole - Trouver du temps (difficile). Comprimise-s'il ont veut être actif quoi q'il font qu'ont coupe? <p>b) L'activité physique doit être plaisante, si non, ceci est une obligation et c'est fatigant.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si ce n'est pas du plaisir or social ce n'est pas quelque chose que elle veule faire - Ci vous devienne inactif vous sens moins bonne et il faut se-pousser à être actif. - Jouer les sports, être actif, ne pas rester en dedans le maison. C'est le plaisir. Un parti de sont « lifestyle » - Maman faut pas stresser pour faire d'exercice, c'est devrais être quelque chose plaisant, votre « lifestyle »

			<ul style="list-style-type: none"> - Les enfant devrait jouer parce qu'ils aiment jouer et ne pas besoin d'un motivation extrenelle. - Les enfant c'est plus naturelle/plaisir. Les adultes c'est plus planifier <p>c) Relaxer et se détendre est important. Prendre du temps de qualité. Ceci reflète la vie stressante des parents, ce qui rend « relaxer » une valeur.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maman est trop « busy » et elle faut décide entre jouer activement ou avoir du temps qualité a visionner un film. Maman sait qu'elle est actif a l'école et donc ce n'est pas important a penser a comment incorpore l'activité physique en leurs vie, mais important a pensé comment prendre de temps qualité avec maman - Balance-besoin bonne « childhood » - Maman veulent plus de temps pour dépenser avec leur petit. - Balance l'enfant sache comment être actif et aussi relaxer - Maman faute penser a propos de comment de temps que l'enfant a des temps pour « reste » (need to make sure the child has down time, busy life, need time to relax.) C'est important que l'enfant et maman a de la temps a relaxer - Pense au future et aussi maintenant-balance est importante.
Perceptions	Barrières	<p>a) Température</p> <p>b) Rural versus urbain. L'espace et l'environnement</p> <p>c) Sécurité</p> <p>d) Créativité</p> <p>e) Temps durant la journée et temps de qualité</p> <p>f) Les enfants sont une barrière pour les parents à faire de l'activité physique.</p>	<p>a) Température</p> <ul style="list-style-type: none"> - En 'l'hiver ils deviennent moins actif. - Vraiment difficile en hiver. Le printemps/été est beaucoup plus facile. Ils vont pour des « hikes ». Pas un « yard. » <p>b) Rural versus urbain. L'espace et l'environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barrière – Ou vous vie fait une différence. Maman vie hors de la ville et c'est fait que c'est plus un challenge à être active. <p>c) Sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les parents ont devenus si « scared of abducteurs » que les parents ne peut pas l'essez aller leurs enfants. Aussi les parent faut parler au enfant pour qu'ils sache quoi faire en un emergency situation <p>d) Créativité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si ce n'est pas du plaisir or social ce n'est pas quelque chose que elle

		<p>g) Caractéristiques de l'enfant (âge, tempérament, personnalité)</p> <p>h) Argent, ressources</p> <p>i) Support familiale</p>	<p>veule faire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maison trop petit a faire beaucoup actif. Maman a de la difficulté a être créatif pour trouver des jeu a jour chez eux. <p>e) Temps durant la journée et temps de qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maman est trop « busy » et elle fat décide entre jouer activement ou avoir du temps qualité a visionner un film. Maman sais qu'elle est actif a l'école et donc ce n'est pas important a penser a comment incorpore l'activité physique en leurs vie, mais important a pensé comment prendre de temps qualité avec maman. - Mamans veulent plus de temps pour dépenser avec leur petit. <p>f) Les enfants sont une barrière pour les parents à faire de l'activité physique.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maman était vraiment actif avant l'enfant et n'est pas tellement actif maintenant parce que c'est trop « busy » et elle c'est maintenant qu'elle a besoin de commencer encore un jour. <p>g) Caractéristiques de l'enfant (âge, tempérament, personnalité)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépend de l'enfant (pas seulement l'âge, c'est tempérament aussi). Un enfant n'est pas aussi actif que l'autre et donc il a besoin de faire plus d'activité. Enfant de l'âge scolaire a besoin un sport organiser. Ils faut bouger. - Difficile quand l'enfant est vraiment jeune. - L'âge est un facteur, parce que quand elle est trop petit elle prend beaucoup des « naps » ils faute coodiner autours des « naps ». <p>h) Argent, ressources, support familiale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barrières : Temps, argent-ressources financial, ressources, support familiale (quelqu'un pour garder l'enfant) - McDonald a un parc « indoors » mais n'aime pas aller la trop parce que les mets sont pas saine la.
	Bénéfices et conséquences à l'activité physique	<p>a) Apprentissage (social, règles de la vie, « coping skills » avec l'échec)</p>	<p>a) Apprentissage (social, règles de la vie, « coping skills » avec l'échec)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activité physique est un façon de devenir social, apprend les règles de la vie, comment fonctionner avec les autres.

		<p>b) C'est un bénéfice que si c'est amusant pour l'enfant</p> <p>c) Aide avec la santé</p> <p>d) Troubles avec l'image corporelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les parents ont devenue si « scared of abducteurs » que les parents ne peut pas l'essiez aller au parc seule. Les parents faut devenir plus confortable a l'essiez aller leurs enfants. Aussi les parents faut parler au enfant pour qu'il sache quoi faire en un emergency situation. - Les enfant faut savoir que c'est « ok » à explorer. - Aiment pas que dans les sports toujours gagne parce que se ne enseigne pas des coping skills. Se n'est pas réaliste. - C'est bien que les enfants sont heureuse dans le moment mais en la future ils ont besoin de savoir qu'ils doivent travailler forte et ils ne vont pas toujours réservoir tous qu'ils veulent. - un peu de compétition est saine. - C'est les enseigne comment être « proud » a se qu'il sont bonne - les parents veulent être fière mais ne veux pas que l'enfant sens qu'elle doivent etre vraiment bonne tous le temps (don't want to over praise so the child feels it needs to meet that standard every time to make their parents proud) b) C'est un bénéfice que si c'est amusant pour l'enfant - Si ce n'est pas du plaisir or social ce n'est pas quelque chose que elle veule faire - Activité physique est stimulante. - Jouer les sports, être actif, ne pas rester en dedans le maison. C'est le plaisir. Un parti de son « lifestyle » -Maman faut pas stresser pour faire d'exercice, c'est devrais être quelque chose plaisant, votre « lifestyle » - L'enfant devrait jouer parce qu'ils aiment jouer et ne pas besoin d'un motivation extrenelle. - C'est naturelle/plaisir. Les adultes c'est plus planifier c) Aide avec la santé - Quand les maman sens « tired » elles essai d'incorporer l'activité physique - Dépend de l'âge de l'enfant. Assez c'est si toute va bien (saine) c'est assez. Si quelque choses est mal (trop fatigue, ne sens pas bons..) c'est l'indicateur que elle a besoin plus.
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Ci vous devienne inactif vous sens moins bonne et il faut se-pousser à être actif. <p>d) Troubles avec l'image corporelle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veulent que l'enfant est heureuse et qu'elle reçois se qu'elle a besoin - Essaie d'intergrate tous. Peur que l'enfant développe des issue d'image corporelle donc maman incorpore tous ensembles et fait certain que l'activité physique est du plaisir - Maman pense toujours a propos de se qui est meilleur pour l'enfant. Ils faut savoir quand ils y a un problème, faute et travailler pour le corrige, mais ne pas « obsess » à propos. Veule être honnête avec leur jeun a propos de la poids mais ne pas être trop concerner. Veule que l'enfant sois confortable avec sont corps et sont poids. - Veulent donner au enfant des ressources pour savoir quoi faire si le poids devienne un problème un jour. (Teach her how to address her own issues someday through healthy modeling behaviours) - Pense que le société nous jugent et veulent que l'enfant et prepare pour sa. - Pas un chose de poids mais de vie saine. Plus concerner a propos des maladies que la poids mais quand l'enfant demande a propos de la poids maman explique. Maman parle de la poids « in light of mental health issues associated with it and the health complication that come with it) - Faute enseigner les deuz faces du coin-il faut être actif mais important de ne pas devenir obsessed.
	Perception du besoin d'activité physique	<p>a) S'il y a quelque chose de mal avec la santé (eg : se sentir fatigué)</p> <p>b) Le besoin est comblé à l'école</p> <p>c) Équilibre entre être actif et relaxer</p>	<p>a) S'il y a quelque chose de mal avec la santé (eg : se sentir fatigué)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quand les maman sens « tired » elles essay d'incorporer l'activité physique. - Dépend de l'âge de l'enfant. Assez c'est si toute va bien (saine) c'est assez. Si quelque choses est mal (trop fatigue, ne sens pas bon...) c'est l'indicateur que elle a besoin de l'activité physique. - Ci vous deviennent inactif vous sens moins bonne et il faut se-pousser à être actif.

			<p>b) Le besoin est comblé à l'école</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maman est trop « busy » et elle faut décide entre jouer activement ou avoir du temps qualité a visionner un film. Maman sais qu'elle est actif a l'école et donc ce n'est pas important a penser a comment incorpore l'activité physique en leurs vie, mais important a pensé comment prendre de temps qualité avec maman. - Enfant de l'âge scolaire a besoin un sport organiser. Ils faut bouger. - Les mamans sens confortable se qu'ils font à l'école - Aide avec le « guilt » parceque ils sachent que leurs enfant est active a l'école. <p>c) Équilibre entre être actif et relaxer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maman est trop « busy » et elle faut decide entre jouer activement ou avoir du temps qualité a visionner un film. Maman sais qu'elle est actif a l'école et donc ce n'est pas important a penser a comment incorpore l'activité physique en leurs vie, mais important a pensé comment prendre de temps qualité avec maman. - Balance-besoin bonne « childhood » - Balance-l'enfant sache comment être actif et aussi relaxer. - Maman faute penser a propos de comment de temps que l'enfant a des temps pour « reste » (need to make sure the child has down time, busy life, need time to relax.) C'est important que l'enfant et maman a de la temps a relaxer. - Pense au future et aussi maintenant – balance est importante
	Différences entre adultes et enfants	<p>a) Adultes (plus calculé et planifié, besoin de motivation, emploi actif)</p> <p>b) Enfants (pas besoin de motivation externe, c'est pour le plaisir, naturel. Ils trouvent toujours une manière.... Mais</p>	<p>a) Adultes (plus calculé et planifié, besoin de motivation, emploi actif)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, faut penser a que j'ai fait durant le journée ou le semaine et si je n'est pas fait beaucoup ill faut rendre actif. - Maman fait un emploi actif, infirmière, jouer - Maman veule être plus actif, sache que son enfant est assez actif, mais elle sait quelle a besoin plus. Travail est actif, mais c'est différent que être active au gym. <p>b) Enfants (pas besoin de motivation externe, c'est pour le plaisir, naturel. Ils trouvent toujours une manière.... Mais cependant, il faut l'organiser.</p>

		cependant, il faut l'organiser.	<ul style="list-style-type: none"> - Les enfant devrait jouer parce qu'ils aiment jouer et ne pas besoin d'un motivation extrenelle. - Les enfant c'est plus naturelle/plaisir. Les adultes c'est plus planifier. - Pour un enfant, ils toujours trouve un façon a jour, ils n'ont pas besoin du motivation et ils ne doivent pas planifier/penser a les autres choses. <p>Pour les adultes ils on besoin du motivation ils ont d'autres choses qu'ils doivent faire, des autre chose qui compète pour la temps et l'énergie.</p>
Stratégies	Augmenter ou incorporer l'activité physique	<p>a) Activités organisées versus activités libres</p> <p>b) Ne doit pas toujours être conscient. Doit être pour le plaisir.</p> <p>c) Support (amis, famille et parents). Donne de la motivation.</p> <p>d) Autres.</p>	<p>a) Activités organisées versus activités libres</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoir des activités organiser (sports) aide avec le « guilt » - maman vont au YMCA et l'enfant aussi fait beaucoup l'a aussi. - Oui, faut penser a que j'ai fait durant le journée ou le semaine et si je n'est pas fait beaucoup ill faut rendre actif - N'importe quoi qui vous fait boucher, dépenser l'énergie, « off the couche », jeune est trop petite pour « être actif » mais maman et papa prend pour des marches, lui fait boucher - Maman met sa fille en la danse pour lui rendre actif. - Maman a une bonne relation avec son « ex » et c'est fait que c'est plus facile à être actif. - Les jeu n'organisé est le mieux - Font de quille (bowling) – parfait pour l'hiver - Dance parties - Maman joue des jeux avec sont enfant, ont des pillow fights, pop-bottle fights, maman « connecte avec sont inner child » - Un vielle « couch » pour que les enfant peuvent sauter. - McDonald a un parc « indoors » mais n'aime pas aller la trop parce que les mets sont pas saine la. <p>b) Ne doit pas toujours être conscient. Doit être pour le plaisir. (Plus particulièrement pour l'enfant?)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas toujours une chose conscient mais la plupart de temps c'est devienne active juste parce que c'est des choses que la famille aiment faire. Discute avec l'enfant ce qu'elles aiment faire. - Essai d'intergrate tous. Peur que l'enfant développe des issue d'image

			<p>corporelle donc maman incorpore tous ensembles et fait certain que l'activité physique est du plaisir.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jouer les sports, être actif, ne pas rester en dedans le maison. C'est le plaisir. Un parti de sont « lifestyle ». - N'importe quoi qui fait boucher et ne pas être sédatif. - Maman faut pas stresser pour faire l'exercice, c'est devrais être quelque chose plaisant, votre « lifestyle ». - Les enfant devrait jouer parce qu'ils aiment jouer et ne pas besoin d'un motivation extrenelle. - Les enfant c'est plus pour naturelle/plaisir. Les adultes c'est plus planifier. - Pour un enfant ils toujours trouve un façon a jour, ils n'ont pas besoin du motivation et ils ne doivent pas planifier/penser a les autres chose. Pour les adultes ils on besoin du motivation ils ont d'autres choses qu'ils doivent faire, des autre chose qui compète pour la temps et l'énergie. - L'enfant devrait jouer parce qu'ils aiment jouer et ne pas besoin d'un motivation extrenelle. <p>c) Support (amis, famille et parents). Donne de la motivation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoir un « buddy » pour faire d'activité avec ou qui vous motivât s'aide. - Quand l'enfant est trop inactif invite les autres enfant chez eu pour jouer ensembles - Maman aime plus quand ils sont engagés ensemble et n'ont pas juste l'enfant qui joue et maman regarde. Pas « for the child but with the child » - Trouver vos ressources - minimiser les barrières - trouver du temps (difficile) - Les parents faut travailler ensemble pour que c'est fonctionne (supportive spouse/partner) - Les mamans sens confortable se qu'ils font à l'école. - Aide avec le « guilt » parceque ils sachent que leurs enfant est active a l'ecole. - demande de l'aide de la famille/ du support pour faire certain que le
--	--	--	--

			<p>jeune est actif (activité organiser)</p> <ul style="list-style-type: none"> - engage toute la famille, d'habitude les dimanches, ils décide ensemble a faire quelque chose - Si les autre membres du famille ne sont pas proche, c'est plus difficile (moins du support et moins d'autres enfants pour joue avec) <p>d) Autre. Éducation? Ou barrières à AP??</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aussi les parents faut parler au enfant pour qu'il sache quoi faire en un emergency situation - Les enfant faut savoir que c'est « ok » a explorer - Comprimize s'il ont veut être actif quoi qu'il font qu'ont coupe? - Si vous voulez être actif c'est possible mais ils fautent que vous trouvé les ressources en votre communauté et faire de la recherhce.
--	--	--	--

Annexe 8

Descriptions de chaque sous-thème avec citations des participantes

LA PROBLÉMATIQUE DE L'OBÉSITÉ

Valeurs

Alimentation : question de santé, non de poids.

Lors du groupe de discussion, les mères ont discuté de l'importance d'inclure tous les types d'aliments dans la diète de leur enfant. Selon elles, un mets devait être à la fois équilibré et en modération pour la santé de leurs enfants. De plus, il est important de se fier aux signes internes tels que l'indication de la faim et de la satiété chez les enfants. Néanmoins elles se soucient de ne pas priver leurs enfants de nourriture. Ainsi les participantes déclarent que les mets devraient être préparés en considérant la santé de leurs enfants et non dans le but de réduire un excès de poids : « La nourriture ne devrait pas être à-propos du poids mais à propos de la santé ».

Perceptions

Les causes de l'obésité

Les participantes ont énuméré une panoplie de causes liées à l'obésité. Une mère en particulier affirme qu'« [il y a une] diversité, pas tout le monde est gras de ce qu'ils mangent, il y a des maladies... ». Quant à l'obésité des adultes elles stipulent que l'embonpoint de ces derniers serait plutôt lié à un manque de confiance et de volonté, voire même que ces adultes ignorent les signes de satiété et consomment la nourriture sous l'impulsion de l'émotion. Cependant, les participantes ont su reconnaître qu'il incombe aux parents de développer la santé alimentaires de leurs enfants. Tandis que les participantes ont avoué ressentir la pression d'être un « parent parfait », elles ont répliqué pourtant qu'il ne fallait surtout pas utiliser la nourriture comme la mesure ostensible par laquelle on manifesterait de l'amour pour son enfant. Selon les participantes l'obésité infantile pose un problème lorsque l'enfant en question a de la misère à se déplacer.

L'obésité et ses caractéristiques

Les participantes ont remarqué le défaut d'une définition concrète de l'obésité. Selon elles, la définition est très vague et pas assez médicale. Elles affirment en outre que l'obésité englobe beaucoup plus que l'aspect du poids, qu'il y a aussi des implications sociales. Elles ajoutent que l'indice de masse corporelle est important pour la prévention du diabète, mais que ce n'est pas toujours le meilleur indicateur; il importe plutôt que la personne soit à son aise. Contrairement à une définition axée sur le poids, les participantes préfèrent lier l'obésité à une capacité de

fonctionner. Il s'agit de la santé, ce n'est pas une question de poids; d'où le fait que les personnes plus minces ne sont pas nécessairement en meilleure santé.

Stratégies parentales

Un poids santé chez l'enfant est la responsabilité du parent

Les parents du groupe de discussion ont identifié quelques stratégies liées à la réduction de l'embonpoint et comment aborder le sujet auprès de leur enfant. Par exemple, les parents ont relevé l'importance d'apprendre à leur enfant les signes internes de satiété, de distinguer entre « [...] ce qu'ils veulent et ce qu'ils ont besoin » ainsi que ne pas tout donner à leur enfant comme preuve d'amour. Les parents ont aussi discuté d'enseigner à leur enfant comment se permettre de se gâter de manière saine.

L'IMAGE CORPORELLE

Valeurs

Les participantes ne discutent pas de l'obésité, plutôt d'habitudes de vie saine et de caractéristiques internes

Les participantes n'abordaient pas le sujet de l'obésité. En discutant de l'image corporelle, les mères mettaient l'accent sur la santé, plutôt que sur l'apparence physique. Elles ont déclaré que c'était leur responsabilité de se présenter à leur enfant en tant que bons modèles et d'éduquer leur enfant au sujet des valeurs saines afin de créer une bonne fondation. De plus, les mères ont mis de l'avant la question de confiance lors de cette session : « la confiance doit venir de l'interne, pas de les 'short-comings' des autres ». Elles ont aussi avoué être sensible de l'âge ou du stade développemental de l'enfant ainsi que les facteurs externes qui peuvent influencer leur image corporelle.

Perceptions

L'image corporelle

Les participantes perçoivent l'image corporelle comme étant liée à l'hygiène, au confort interne, à la confiance en soi; une question de « santé et non pas de diètes ». Selon elles, savoir bien entreprendre les tâches que nous nous proposons et les épreuves qui nous font face développe nos habiletés, et par conséquent une certaine fierté de soi.

Les influences externes

Les participantes affirment que malgré l'influence des médias sur les adultes, les enfants sont encore trop jeunes pour être victimes des effets néfastes à l'image corporelle. Elles disent que les enfants ne sont pas encore affectés par les médias et que les moqueries à l'égard du poids

n'atteignent pas les enfants d'âge préscolaire. Elles soulignent que les enfants de cet âge jugent les visages des autres plutôt que leur corps.

Stratégies parentales

Être des modèles

Les participantes ont avancé le thème de la responsabilité parentale; il s'agit pour elles d'être de bons modèles pour leur enfant à travers l'enseignement. Elles conseillent de ne pas entreprendre la problématique de l'image corporelle prématurément dans le développement de l'enfance, vu que ceci pourrait produire un effet contraire à l'intention du parent. Donc les participantes proposent d'entreprendre la question de l'image corporelle seulement lorsque les enfants seront d'âge mature, propice à poser leurs propres questions. Elles stressent, cependant, que malgré l'importance de ces apprentissages, il ne faudrait pas transmettre ses insécurités à ses enfants. Comme le démontre l'extrait suivant d'une mère : « Les parents n'expriment pas des insécurités devant les enfants. Ne pas transmettre les insécurités des parents aux enfants. » Les participantes ajoutent qu'il est primordial d'enseigner une bonne manière d'acquérir et de démontrer son estime de soi; ne pas abaisser les autres pour se rehausser.

Pourvoir ses enfants d'outils

Malgré l'affirmation des participantes que les médias n'affectent pas encore les enfants à l'âge préscolaire, elles préconisent qu'il est important de pourvoir ses enfants des outils nécessaires afin qu'ils ne soient pas affectés par les médias ou autres sources externes plus tard dans leur vie; ce qui pourrait potentiellement abaisser leur estime de soi. Comme le démontre une mère : « Les enfants à l'école agasse [les enfants] à-propos du poids, enseigne comment réagir de manière approprié. » Les participantes veulent transmettre à leurs enfants des valeurs qui font la promotion de la santé et non du poids afin qu'ils ne se sentent pas jugés par les autres; être confortable avec sa personne avant tout.

LA NUTRITION

Valeurs

Rôle familial

D'après les participantes leur rôle de mère de famille consistent à préparer des mets de santé pour leur famille; tandis que les pères auraient plutôt le rôle de gâter. Les participantes estiment que les parents devraient servir de modèles d'habitudes alimentaires saines pour leurs enfants. D'autre part, les participantes ont identifié le rôle des enfants dans la famille; celui de changer les habitudes alimentaires que les parents soutenaient avant d'avoir des enfants. Une mère en particulier avoue qu'elle : « Mangeait des choses pré-prépare, mais dès que l'enfant est né, ils mangent 'basique'. »

L'importance de manger et de manger sainement

Les participantes de cette étude valorisent une bonne nutrition pour leurs enfants. Elles ont souvent mis de l'avant l'importance d'un mets équilibré comportant une variété d'aliments. Comme le démontre cet extrait d'une mère : « Les mets ont de la viande, des légumes et parfois un 'starch'. » Elles ont aussi offert plusieurs exemples de goûters et de desserts comme meilleurs choix pour la santé tels que le maïs soufflé fait maison, le yogourt et les craquelins. Elles tenaient à remarquer qu'il était important que leurs enfants consomment de la nourriture, tout simplement. Une mère dit, « les enfants mangent toujours. Ne refuse pas de leurs donner du manger. » Pour appuyer cette valeur elles ont élaboré différentes manières de faire manger leurs enfants; par exemple, elles s'adaptent aux préférences alimentaires de leurs enfants. Une mère en particulier a dit qu'elle préparait deux mets différents pour sa famille si elle savait que son enfant n'aimerait pas le souper. Cependant, une faible minorité des participantes ont affirmé que leurs enfants avaient toujours le choix de mettre de côté un mets qui n'était pas à leurs goûts.

Être en famille

Les mères ont soutenu la participation en tant que famille comme valeur significative. Elles ont souvent indiqué qu'à la maison il était important de manger au moins le souper ensemble vu qu'il servait à resserrer les liens familiaux.

Éducation

Les participantes ont unanimement accepté que les préférences alimentaires des enfants proviennent des parents, et qu'elles, en retour, aient été influencées par les préférences et les habitudes alimentaires de leurs parents. De plus, pour elles, le temps de souper et le temps passé à l'épicerie sont des moments propices à enseigner les bonnes manières et le vocabulaire santé à leur enfant. La structure et la routine comptent parmi d'autres facteurs aussi significatifs; c'est alors que quelques mères remarquent qu'il fallait parfois repousser l'heure du souper pour accommoder un parent qui travaillait plus tard afin de pouvoir être ensemble à la table. En revanche, d'autres participantes ont préféré maintenir invariablement la même heure de souper. Par surcroît, une autre leçon fournie est que rien ne devrait distraire l'ambiance du repas familial (par ex. téléphone ou télévision).

Perceptions

Types de nourriture

Les participantes avaient tendance à catégoriser les aliments en deux camps: « bonne » nourriture et « mauvaise » nourriture. Elles déclaraient que la « bonne » nourriture comportait des aliments organiques, ce dont les parents prônaient la consommation; tandis que pour « mauvaise » nourriture il s'agissait plutôt de gâteries. Elles associaient néanmoins les « mauvais » aliments aux fins de semaines lorsqu'on s'amuse en famille et les règles sont moins renforcées.

Barrières

Les participantes ont identifié quelques barrières qui se présentaient quotidiennement à l'alimentation saine. Quelques-unes identifiaient le type de nourriture que servent les garderies, ainsi que la situation des parents. Par exemple, une étudiante universitaire monoparentale a discuté des difficultés d'avoir une famille et d'étudier en même temps. Cette dernière évoqua le support inestimable de sa famille : « [sa mère] fait les mets quand possibles, [et] la sœur prend les enfants parfois. » En outre, les participantes ont indiqué les allergies comme barrière à une bonne alimentation puisque quelques-unes ne pouvaient pas cuisiner avec des aliments tels que le gluten. D'ailleurs quelques mères ont trouvé des substitues dans les mets afin d'augmenter le niveau de fibres. Finalement, les préférences alimentaires de certains membres de la famille (père et/ou enfants) rendait la tâche de préparer des mets de santé qui plaisent à tout le monde encore plus difficile.

Stratégies

Pour manger

Lors du groupe de discussion les participantes ont suggéré plusieurs stratégies servant à faire manger les enfants. Parmi celles-ci on souligne: l'utilisation de la nourriture comme récompense; les règles de table (par ex. interdire les jouets électroniques au souper); consultation des enfants en ce qui concerne les choix alimentaires; préparation de deux mets pour le souper, et bien sûr, ne pas manger de gâteries devant les enfants.

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Valeurs

Être en famille

Tout comme le groupe de discussion ci-dessus, les participantes de cette session ont reconnu la composante d'être en famille comme une valeur importante de leur vie. Pour ces mères de famille, l'activité physique devrait être intégrée dans le contexte de la vie familiale. Une mère partage que l'activité n'est « Pas toujours une chose consciente mais la plupart du temps on devient actif juste parce que c'est des choses que la famille aime faire. » Les participantes mentionnent notamment l'activité physique comme étant intégrée dans le style de vie familiale. Une mère raconte qu'elle « Engage toute la famille, d'habitude les dimanches, ils décident ensemble à faire quelque chose. » Pourtant les mères tendent à mettre l'emphasis sur le temps en famille tout simplement; peu importe que ce soit en faisant des activités physiques ou en visionnant un film.

L'activité physique n'est pas une valeur comme telle; selon les mères il est plus important de relaxer

Les participantes de ce groupe semblent dire qu'elles étaient trop occupées pour consacrer régulièrement le temps requis en principe pour l'activité physique de leurs enfants. Les mères estiment que l'activité physique devrait être synonyme de plaisir et que le montant d'activité physique quotidien est déjà comblé à l'école. Donc, les participantes déclarent qu'elles ont plutôt la responsabilité de fournir le temps de repos et de relaxation pour la vie déjà très occupée de leur enfant. Ceci est exemplifié par l'extrait suivant d'une mère : « Maman sait qu'elle est active à l'école et donc ce n'est pas important à penser comment incorporer l'activité physique dans leur vie, mais important à penser comment prendre du temps de qualité avec maman. »

Perceptions

Barrières

Les participantes ont identifié plusieurs barrières qui gênaient l'accomplissement d'activités physiques et l'incorporation d'une routine active auprès de leur enfant d'âge préscolaire. L'emplacement du domicile dans un pays qui offre quatre différentes saisons présentait un défi pour les parents qui, lors des mois d'hiver, épuisaient leurs imaginations et leurs ressources à improviser des activités. Elles ont mentionné une difficulté à inventer des jeux actifs pour leur enfant d'où le manque d'espace, de ressources, de temps, d'argent. L'emplacement rural versus urbain a aussi été discuté. Le mode de vie occupé des mères est tel qu'il épuise leur énergie et occupe quasiment tout leur temps libre, de sorte qu'elles peuvent rarement organiser ces types d'activité pour les enfants. Les caractéristiques individuelles des enfants, telles que l'âge et le tempérament, furent aussi identifiées comme éléments contrevenant aux effets positifs de l'exercice. En revanche, les parents ont constaté que leurs enfants agissaient en tant que barrières à leur propre niveau d'activité physique.

Bénéfices et conséquences de l'activité physique

Les participantes ont relevé les bienfaits de l'activité physique et les séquelles possibles. Les mères ont discuté des différentes leçons de vie que leurs enfants pouvaient apprendre grâce à l'activité physique. Entre autres, elles ont reconnu que cela permettait d'apprendre les règles sociales; comment gérer la compétition et l'échec en guise de bénéfices. Certes, les mères reconnaissent le plaisir que l'activité physique peut apporter à leurs enfants ainsi que les bénéfices à la santé. Une participante rapporte: « Si vous devenez inactif, vous vous sentez moins bonne et il faut se pousser à être actif. » Les participantes se soucient que leurs enfants pourraient développer des troubles avec leur image corporelle s'ils sont contraints malgré eux à l'activité physique. À maintes reprises, les mères ont attesté qu'il ne fallait pas s'obséder à propos du poids de son enfant; qu'il fallait les instruire le temps venu. Selon elles, il faut pourvoir ses enfants des habiletés nécessaires à faire face à la société qui a tendance à juger.

Perception du besoin d'activité physique

Lors des discussions les mères ont partagé ce qu'elles percevaient comme étant les déterminants d'un besoin d'activité physique dans la vie de leur enfant. Notamment, une mère indiqua qu'« Assez c'est si tout va bien. Si quelque chose est mal, elle est trop fatiguée, ne se sent pas bonne, c'est l'indicateur qu'elle a besoin de l'activité physique. » Ainsi, il semblerait que lorsqu'il y a un manque d'énergie ou quand la performance n'est pas optimale, c'est qu'il faut entreprendre de l'activité physique. Les participantes ont insisté sur le fait que le besoin d'activité physique pour leur enfant est comblé à l'école, et qu'elles se sentent plutôt responsables d'équilibrer la journée avec du temps de relaxation à la maison.

Différences entre adultes et enfants

Lors de la session de discussion les participantes ont énoncé les différences entre les enfants et les adultes en ce qui a trait au besoin de l'activité physique. Les mères ont dit que leurs enfants comblaient leur besoin d'activité physique de manière naturelle; elles n'ont donc pas recours à des motivations externes. Toutefois, certaines participantes ont dit que les adultes ne sont pas assez actifs, qu'ils doivent se motiver pour faire de l'exercice, et que faire de l'exercice est quelque chose de calculé et de planifié. Ceci est exemplifié par une mère: « Oui, il faut penser à ce que j'ai fait durant la journée ou la semaine et si je n'ai pas fait beaucoup il faut être actif. »

Stratégies

Augmenter ou incorporer l'activité physique

Les participantes ont identifié quelques stratégies afin d'incorporer, voire d'augmenter, l'activité physique dans la vie de leur enfant préscolaire. Elles ont proposé d'inscrire leurs enfants aux activités organisées telles que des sports et des cours de danse. Les mères ont aussi déterminé que les activités non-organisées, telles que les batailles d'oreillers, pouvaient également contribuer à l'activité physique des parents.

Elles ont continué en déclarant que l'activité physique des enfants ne devrait pas toujours être quelque chose à accomplir consciemment; les enfants peuvent combler leur propre activité physique naturellement avec plaisir. Le support familial et celui des amis est aussi une bonne manière d'incorporer des activités physiques dans la vie des enfants étant donné que cela sert de motivation.

Parmi les autres stratégies on retrouve le fait d'enseigner aux enfants comment se comporter en lieu public (auprès d'inconnus aux parcs, par exemple); faire des compromis pour inclure de l'exercice; faire des recherches au sein de la communauté pour déterminer quelles sont les ressources et les activités disponibles.